ROK VIII WARSZAWA 1934 LUTY ZESZYT II

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

O naciekach wczesnych.

Uwagi do artykułu P. Dra K. Dąbrowskiego (Zakopane) w zesz. 10 Wiedzy Lekarskiej r. u. p. t.: „Stara i nowa nauka o suchotach płuc“.

PODAŁ

DR. ZDZISŁAW ŚWIDER.

Kierownik Poradni Przeciwgruźliczej Kasy Chorych w Pabjanicach.

W pracy swej, ogłoszonej w zeszycie październikowym „Wiedzy Lekarskiej“, nie uwzględnił P. *Dr. Dąbrowski* prac moich, poruszających również powyższe zagadnienie, a opartych na dużym materjale klinicznym poradni przeciwgruźliczej tutejszej Kasy Chorych. Były to: 1) praca nosząca tytuł: „O powstawaniu przewlekłej gruźlicy płuc u dorosłych. Stare i nowe poglądy w świetle krytyki“, ogłoszona przed 3 laty w Nr. 30 i 31 Warsz. Czasop. Lek., oraz 2) praca p. t.: „Spostrzeżenia nad naciekami wczesnemi“, ogłoszona przed laty 2-ma również w Warsz. Czasop. Lek. w Nr. 36 i 37.

Praca pierwsza, oparta na *obszernem* piśmiennictwie obcem oraz spostrzeżeniach własnych, stanowiła krytyczne ujęcie spornego zagadnienia o powstawaniu suchot płucnych, była próbą syntezy zapatrywań sprzecznych, dążyła do ustalenia wniosków praktycznych, t. j. postulatów racjonalnej walki społecznej z gruźlicą.

Praca o naciekach wczesnych stanowiła znowuż krytykę dotychczasowych prac nad rolą nacieków wczesnych we ftizeogenezie, była przyczynkiem do *kliniki 2 typów nacieków wczesnych*, zwłaszcza do kliniki nacieków *pochodzenia endogennego*.

Jako publikacje polskie, oparte na spostrzeżeniach własnych zasługiwały, sądzę, na uwzględnienie ich przez autora polskiego, zwłaszcza że były one ogłoszone w źródle, zdawałoby się, tak dostępnem, jak Warszawskie Czasopismo Lekarskie.

Podnoszę tę sprawę jednak nie tylko z powodów osobistych: chodzi mi głównie o stronę naukową poruszonego zagadnienia.

Prace powyższe nie stanowiły wyłącznie potwierdzenia badań autorów innych, a zawierały spostrzeżenia i wnioski własne; wskazywały one zarazem na pożądany kierunek badań przyszłych celem ostatecznego wyświetlenia podniesionych zagadnień. Przeoczenie mych prac przez P. Dra Dąbrowskiego spowodowało zatem, że podniesione przezemnie zagadnienia nadal wiszą w powietrzu; zarazem doprowadziło to P. Dra D. do wniosków naukowych, co do których na podstawie poprzednich oraz nowszych obserwacyj miałbym pewne zastrzeżenia.

*

* *

Sprawa roli nacieków wczesnych we ftizeogenezie, t. j. w powstawaniu suchot płucnych u ludzi dorosłych, była rozpatrywana dotychczas z „odsetkowego" punktu widzenia, t. j. częstości występowania tych nacieków; była ona sporna właśnie ze względu na rażące różnice w wynikach badań różnych autorów. Lecz istotna przyczyna tych różnic, osiągniętych przez poszczególnych klinicystów, nie była poddana dotychczas dokładnej analizie krytycznej, co uczyniłem w swej pracy o naciekach wczesnych.

Przedewszystkiem zatem różni badacze rozumieli pod nazwą nacieków wczesnych zmiany różne: jedni tylko typowe, t. j. okrągłe i ostro odgraniczone nacieki *Assmanna-Redekera*, inni również nacieczenia rozlane, zajmujące nawet cały płat. Ponieważ wiadomości nasze o ostrych nacieczeniach płucnych są względnie jeszcze świeżej daty, ponieważ nie jest rzeczą zbadaną, czy nacieczenia wczesne, mniej lub bardziej rozlane, powstały odrazu w tej postaci, czy też w każdym bezwzględnie przypadku są tylko dalszą fazą w rozwoju typowego nacieku wczesnego, ewent. zawdzięczają swe pochodzenie innemu mechanizmowi, niż typowe nacieki *Assmannowskie* — proponowałem, aby w badaniach przyszłych nad naciekami *wyodrębniać* zawsze grupę nacieków typowych celem ustalenia właśnie ich roli „odsetkowej" we ftizeogenezie.

Dalej, różnice w częstości występowania nacieków wczesnych dadzą się wytłumaczyć do pewnego stopnia *rodzajem* opracowanego przez poszczególnych badaczy materjału gruźliczego: zrozumiałe jest bowiem, że najwyższe odsetki dać może poradnia przeciwgruźlicza, nastawiona specjalnie na wyszukiwanie wczesnych przypadków gruźlicy, co jest możliwe zwłaszcza wtedy, jeśli umiała nawiązać kontakt z lekarzami-praktykami; mniejsze odsetki da klinika; wreszcie najmniejsze i zupełnie *przypadkowe* — sanatorjum, do którego są przeważnie kierowani chorzy albo niepotrzebnie, albo też ze zmianami już zaawansowanemi. Rozumiemy więc, dlaczego *Redeker* na materjale swej poradni mógł otrzymać liczby wysokie (25%), gdy *Baden* na materjale sanatoryjnym — zaledwie 0,2% nacieków wczesnych!

Jednak istnieją spostrzeżenia, dla których powyższe tłumaczenia nie wystarczą, to znaczy, że ani różne ujmowanie nazwy n. wcz. przez różnych autorów, ani różnice w rodzaju opracowanego materjału gruźliczego (poradnia, klinika, sanatorjum) nie wyjaśniają pewnych faktów. Do nich zaliczamy np. fakt, że *Braeuning* wśród prawie 5000 osób, u których, jak to podkreśla sam *Assmann*, należało spodziewać się wystąpienia nacieku wczesnego, bo wystawionych na zakażenie zewnętrzne, wykrył zaledwie 15 przyp. tych nacieków, t. j. zaledwie 0,3‰. Na materjale Poradni Przeciwgruźliczej Pabjanickiej Kasy Chorych, pomimo specjalnego zwrócenia uwagi w tym kierunku oraz współpracy z lekarzami ambulatorjum ogólnego Kasy — znalazłem tylko 12 przyp. nacieków (typowych) u około 2000 podejrzanych o gruźlicę chorych, w tem faktycznie 772 gruźlików, a zatem w 1,5% przyp. gruźlicy.

Otóż przyczyna tej rażącej różnicy w wynikach badań różnych autorów — badań, opartych nawet na opracowaniu materjału *jednakowego* (np. 25% n. wcz. u chorych *poradni* Redekera, — 1,5% u chorych *poradni* naszej) nie była dotychczas jasna.

„Autorzy, ujmujący krytycznie rolę nacieków wczesnych we ftizeogenezie, zaznaczali wprawdzie zawsze fakt, że różni badacze otrzymywali liczby odsetkowe dla nacieków wczesnych o wiele niższe, niż *Redeker:* stąd wyciągali jednak wyłącznie wniosek, że naciekom tym nie można przyznać dominującego znaczenia we ftizeogenezie, jakie im przypisywał *Redeker.* Ale inna strona zagadnienia uchodziła naogół ich uwadze: mianowicie, logicznie możli-

wa, istotna przyczyna tak znacznych różnic w danych poszczególnych badaczy. Zrozumiałe jest, że *Redeker*, stwierdziwszy na materjale swej poradni 25% nacieków wczesnych — zupełnie słusznie, ze swego stanowiska, sądził, że nacieki te mają doniosłe znaczenie we ftizeogenezie u ludzi dorosłych, bowiem przypuszczał, że wszędzie one występują w tym samym stopniu, a więc uogólnił wyniki swych spostrzeżeń *lokalnych*. Że więc dane innych autorów częstokroć różnią się znacznie od wyników, otrzymanych przez *Redekera*, świadczy to nietylko o drugorzędnej roli nacieków wczesnych w powstawaniu przewlekłej gruźlicy płuc, ale zarazem, czego ci autorowie nie akcentują, o *lokalnych różnicach w częstości występowania tych nacieków*". (Przytocz. z powyższej pracy własnej o nac. wcz.).

Uwagi te można zastosować również do pracy P. Dra *Dąbrowskiego:* zestawiając w swej pracy w postaci tabeli dane różnych badaczy, podkreśla P. Dr. D. wybitne różnice w częstości występowania tych nacieków, np. 0,9% u *Sprungmanna*, 78,5% (!!) u *Boehme'go*. Jednak zestawienie to, nie biorące pod uwagę podanych przed chwilą naszych wywodów krytycznych, nie da nam odpowiedzi na pytanie, *co* stanowi istotną przyczynę tych różnic (pomijając już różnorodność badanego materjału i różne pojmowanie nazwy nacieku wczesnego).

Twierdząc, że odrębności *lokalne* w obrazie klinicznym gruźlicy warunkować mogą różną częstość występowania nacieków wczesnych w różnych warunkach bytowania pewnych odłamów ludności — postarałem się to zapatrywanie uzasadnić.

Otóż spostrzeżenia, przeprowadzane nad chorymi z naciekami wczesnemi przed laty dwoma (opisane w cytow. wyżej pracy), jak i spostrzeżenia nowsze nad występowaniem tych nacieków w obrazie przewlekłej gruźlicy krwiopochodnej potwierdzają powyższą koncepcję.

U chorych z naciekami wczesnemi, obserwowanych dawniej w Warszawie, stwierdzałem prawie zawsze: 1) ostry, „grypowy" początek sprawy chorobowej, 2) styczność z gruźlicą prątkującą (zwykle w postaci pielęgnowania przez czas dłuższy osoby, dotkniętej gruźlicą rozpadową); 3) obecność w plwocinie chorego laseczników gruźlicy, 4) dość złośliwy dalszy przebieg kliniczny tych nacieków. Natomiast u chorych tutejszych zaobserwowałem naogół: 1) łagodny (bronchityczny) początek cierpienia, 2) brak styczności z gruźlicą otwartą, 3) brak w plwocinie zarazków gruźlicy, 4) brak tendencji do rozpadu nacieku (rozpad tylko w 1 przyp. na 12).

Wszystko to świadczyło o specjalnie łagodnym charakterze tych nacieków u chorych tutejszych w porównaniu z chorymi w Warszawie, a więc o *odrębnościach lokalnych* w obrazie klinicznym gruźlicy (w danym przypadku — nacieków wczesnych). Spostrzeżenia te zdawały się świadczyć zarazem o *endogennem* pochodzeniu tych nacieków u naszych chorych. Wydawało się bowiem słuszne przypuszczenie, że zakażenie egzogenne (kontakt z K+ w wywiadzie chorobowym!), a więc prątkami obcemi, bardziej złośliwemi, daje cięższy obraz kliniczny, t. j. zarówno ostrzejszy początek, jak i przebieg — gdy zakażenie endogenne (brak styczności z K+ w anamnezie tutejszych chorych!), a więc prątkami własnemi, o złośliwości mniejszej wskutek dłuższej symbiozy z ustrojem chorego — daje obraz kliniczny łagodniejszy.

Spostrzeżenia, poczynione na tutejszym terenie, stanowiły zatem przyczynek zarówno do koncepcji o *odrębnościach lokalnych* (*w obrazie i częstości* występowania) postaci klinicznych gruźlicy płuc oraz do kliniki 2 typów nacieków wczesnych: pochodzenia *egzo* i *endogennego.*

P. Dr. D., pisząc o powstawaniu nacieków wczesnych, podaje, iż ich pochodzenie egzogenne jest częste, natomiast pochodzenie endogenne, t. j. powstawanie na drodze przebiegu krwiopochodnego, jest *rzadkie*, choć niezbicie udowodnione. Na dowód przytacza cytowane zwykle w piśmiennictwie 2 przypadki: jeden, w którym n. wcz. wystąpił w okresie prób uruchomienia gruźliczego stawu biodrowego; drugi, w którym asystent anatomji patologicznej zaraził się gruźlicą podczas sekcji. W przypadkach tych punkt wyjścia przerzutu krwiopochodnego można było zademonstrować ad oculos. Są to rzeczywiście przypadki rzadkie, choć wielce pouczające i wykazujące, na drodze doświadczalnej, możliwość powstawania nacieków wczesnych drogą kwiobiegu. Ale z rzadko-

ści tego rodzaju przypadków, a raczej nieszczęśliwych wypadków, nie można jeszcze wnioskować o rzadkości faktycznej endogennego pochodzenia n. wcz., t. j. powstawania ich na drodze krwiobiegu.

Należy uprzytomnić sobie, że gruźlica krwiopochodna, wbrew dawnym zapatrywaniom *Rankego*, nie jest wyłącznie atrybutem gruźlicy „drugorzędowej", czy „dziecięcej", że pojęcie gruźlicy krwiopochodnej nie pokrywa się z obrazem ostrego wysiewu prątków Kocha do krwiobiegu (czy w formie ostrej w postaci gruźlicy prosówkowej, czy też w postaci poronnej, jak w powyższych 2 rzadkich przypadkach). Choć *Villemin* już w r. 1865, a więc na szereg lat przed odkryciem prątka gruźlicy, zarażał zwierzęta gruźlicą, wstrzykując im krew chorych, dotkniętych gruźlicą (nie prosówkową), choć dalej *Liebemeister* w r. 1906 wykrył we krwi nawet lekko chorych gruźlików żywe prątki Kocha — przecież pojęcie lekkiej, przewlekłej gruźlicy krwiopochodnej nie zdobyło sobie prawa obywatelstwa. Dopiero prace *A. Sokołowskiego, Neumanna,* a ostatnio *Staringera,* pozwoliły poznać bliżej klinikę *przewlekłej* postaci gruźlicy krwiopochodnej u dorosłych. Badania własne nad tą postacią gruźlicy, oparte na prawie 200 przypadkach, pozwoliły mi dorzucić do jej obrazu klinicznego kilka szczegółów. (Zob. pracę p. t.: „Klinika gruźlicy drugorzędowej u ludzi dorosłych". W. Cz. Lek. Nr. 47, r. 1931).

Krótkie zapoznanie się z kliniką gruźlicy krwiopochodnej, gruźlicy *endogennej,* jest nieodzowne z tego względu, że dostarczy nam *dowodu o endogennem też pochodzeniu n. wcz., powstawaniu ich tu „w warunkach naturalnych" w sposób wzgl. łagodny,* a nie brutalny, jak w rzadkich zupełnie, a cytowanych, jako unikaty, przypadkach piśmiennictwa.

Punktem wyjścia gruźlicy krwiopochodnej są gruczoły zwiększone, z których sprawa swoista szerzy się najpierw drogą naczyń i gruczołów chłonnych kl. pierś. i jamy brzusznej, idąc zatem zarówno ku górze, aby tędy, drogą krótszą aż do kąta żylnego, jak i ku dołowi, aby drogą dłuższą (poprzez cysterna chyli i duct. thor.) dostać się ostatecznie do krwiobiegu. Powiększone wskutek swoistej sprawy zapalnej gruczoły chłonne kl. pierś. i jamy brzusznej, dają wskutek ucisku na sąsiednie narządy i pnie nerwowe szereg objawów *lokalnych,* np. zaburzenia czynnościowe serca lub jelit; prątki zaś po wtargnięciu do krwiobiegu — szereg objawów *przerzutowych* — dyskretnych objawów gruźlicy, jako ogólnego przewlekłego zakażenia ustroju, — chronionosepsis tuberculosa. Gruźlicę płuc opisują *Neumann* oraz *Starlinger,* jako jeden z licznych przerzutów krwiopochodnych, t. j. gruźlicę płuc rozsianą, drobnoplamistą. Nie zajmują się natomiast gruźlicą płuc odwnękową. Czyni to szkoła francuska, opisując dokładnie zmiany szerzące się w płucach drogą naczyń chłonnych od wnęk ku obwodowi, nie poświęcając zato specjalnej uwagi gruźlicy krwiopochodnej w sensie zakażenia ogólnego, t. j. nie zajmując się omówieniem bliższem ewent. łączności między tą gruźlicą odwnękową, a „ogólnemi" objawami gruźlicy. Uczyniłem to w swej pracy, wykazując, że gruźlica odwnękowa (*lymphogenna*) mieści się w ramach obrazu ogólnej gruźlicy krwiopochodnej. Ta gruźlica płuc limfogenna łącznie z ogólnemi objawami hematogennemi i lokalnemi (uciskowemi) objawami gruczołowemi składa się dopiero na całość obrazu gruźlicy limfo-hematogennej [1]). Szkoła francuska, zwłaszcza w osobie *L. Bernarda,* przyjmuje powstawanie nacieków podobojczykowych (n. wcz.), jako przerzutów z gruczołów wnękowych w spatium intercleido-hilare. Nasze badania nad naciekami wczesnemi oraz gruźlicą limfo - hematogenną pozwoliły prawie we wszystkich obserwowanych przypadkach nacieków wczesnych wykryć objawy *ogólne* natury *krwiopochodnej,* (wzgl. pewne zmiany odwnękowe w płucach): jest to więc jeszcze jeden argument, choć uzyskany drogą inną, niż u autorów francuskich, przemawiający za *endogennem pochodzeniem nacieków wczesnych, jako mieszczących się w obrazie gruźlicy limfo-hematogennej.* Stąd wniosek ostateczny, że endogenne pochodzenie n. wcz. nie jest znowuż tak rzadkie.

Sprawa endogennego pochodzenia nacieków ma doniosłe znaczenie nietylko w teo-

---

[1]) Wyjaśniam zatem bliżej: gdy wg. Starlingera na obraz gruźlicy limfo-hematogennej składają się tylko 2 grupy obrazów (lokalne limfatyczne i ogólne hematogenne), to u nas przybywa jeszcze czynnik *trzeci* (gruźlica płuc lymfogenna).

retycznego, ale i praktycznego punktu widzenia, t. j. wskazanie do leczenia zabiegowego. P. Dr. D. pisze, że w połowie liczby n. wcz. zejście jest niepomyślne, gdyż prowadzi do ostrych lub przewlekłych suchot. Otóż odnosi się to niewątpliwie do egzogennych złośliwych nacieków. W tych przypadkach bezwzględnie jest wskazane niezwłoczne zastosowanie odmy bez czekania na wystąpienie rozpadu nacieku. Uważam tu za słuszne profilaktyczne zastosowanie odmy i jestem zdania, że wiele tu grzeszy się, postępując zachowawczo i zwracając się do leczenie odmą, gdy wystąpią już wyraźne objawy rozpadu nacieku. Stałe kontrolowanie stanu tych nacieków w regularnych odstępach czasu uchronić nas może od przykrej niespodzianki tylko w większości przypadków (mowa tu stale o naciekach egzogennych); pozostanie sporo przypadków, gdy rozpad nastąpi nagle, w „międzyczasie". Natomiast w naciekach wczesnych endogennych wskazane jest przedewszystkiem leczenie zachowawcze: rozpoczynający się rozpad nacieku stwierdziłem tylko w 1 ze swych 12 przypadków, spostrzeganych ok. 4 lat już. W żadnym z pozostałych rozpad nie nastąpił i leczenie odmą nie było potrzebne. Większość ich utrzymuje się naogół bez zmian do dnia dzisiejszego, dlatego też dalsza obserwacja jest konieczna.

Wreszcie pragnę słów parę poświęcić liczbom, otrzymanym przez P. Dra D. na materjale własnym. Już na początku pracy wspomniałem o tem, że materjał sanatoryjny jest materjałem *przypadkowym*, a przeto nie nadaje się do uzyskania odpowiedzi na pytanie, jak często występują n. wcz. w danem środowisku. Materjał sanatoryjny jest wynikiem przypadku, bo lepszej lub gorszej znajomości ftizjologji przez kierujących do sanatorjum chorych lekarzy-praktyków (stwierdza to i P. Dr. D., pisząc, że chorzy są kierowani albo za wcześnie, albo za późno). Dlatego też niema tu mowy o tem, aby były wyszukiwane i kierowane do sanatorjum wyłącznie przypadki wczesne. W warunkach lepszych znajduje się poradnia przeciwgruźlicza, nastawiona specjalnie na wyszukiwanie wczesnych postaci gruźlicy, a zątem sama stwarzająca sobie materjał obserwacyjny, gdy lekarz sanatorjum ma ten materjał narzucony. Dlatego też liczby, wyrażające w odsetkach, częstość występowania nacieków na danym materjale sanatoryjnym, nie rzucą światła na zagadnienie o istotnej roli tych nacieków we ftizeogenezie. Poza tem materjał sanatoryjny, nawet gdyby składał się przeważnie z wczesnych przypadków gruźlicy, musiałby zawsze być jednolitym również co do pochodzenia: składać się z chorych, pochodzących z jednej miejscowości, stale tam zamieszkałych, pracujących w jednym zawodzie, znajdujących się na jednakowej stopie życiowej. Tylko opracowanie materjału gruźliczego, dotyczącego zatem pewnego jednolitego odłamu ludności, co niweluje rolę czynników zewnętrznych w pewnych rozważaniach patogenetycznych — pozwoli ocenić właściwie otrzymane wyniki. Tym warunkom odpowiadają spostrzeżenia, poczynione na tutejszym terenie (na robotnikach fabryk tkackich); wynika stąd zarazem, że analogiczne badania, podjęte przez którąś z prowincjonalnych *poradni* w kraju, przyczyniłyby się wielce do pogłębienia poruszonego zagadnienia. Materjał sanatoryjny, jako niezależny od woli kierownika sanatorjum, bo przypadkowy i niejednolity, do opracowania naukowego omawianej kwestji, niestety, się nie nadaje.

W ODPOWIEDZI PANU DOKTOROWI ŚWIDROWI.

Rozumiem, że każdy autor może się czuć dotknięty pominięciem jego prac, zwłaszcza jeśli te prace wnosiły coś nowego do nauki. Bardzo żałuję, że nie mogłem przestudjować prac P. Dra S., lecz powodem tego było nie lenistwo, niedbalstwo czy niechęć wobec człowieka osobiście mi nieznanego, lecz jedynie brak bibljografji piśmiennictwa polskiego z zakresu nac. wcz. Centrum Wyszkolenia Sanitarnego nadesłało mi łaskawie częściową bibljografję i większą ilość literatury, jednak, o ile sobie przypominam, nie było w tej bibljografji tytułów prac P. Dra S. Gdyby były — napewno bym się o nie wystarał i dokładnie przestudjował. P. Dr. S. znajduje się w tem szczęśliwem położeniu, że mieszkając bliżej stolicy, łatwiej może zebrać całość piśmiennictwa. W Zakopanem jest to bardzo trudne. Gdyby

każdy pominięty autor czynił mi z tego zarzut, a tem samem kwestjonował dobrą wolę i rzetelność roboty (ja to przynajmniej tak odczuwam), znalazłbym się w b. niemiłej sytuacji. Niepodobnaż wiedzieć o wszystkiem, przestudjować wszystko, jak niepodobna omówić każdy szczegół kwestji, zwłaszcza jeśli pisze się nie dysertację naukową, lecz skromną pracę o charakterze raczej praktycznym. Tyle o pominięciu prac P. Dra S. Prace te oczywiście w najbliższej przyszłości postaram się z pożytkiem przestudjować.

Że przyczyną różnicy w % występowaniu n. wcz. jest rodzaj opracowywanego materjału to jasne! Inny % będzie w poradniach, inny w sanatorjach, przyczem różne sanatorja wykażą różną odsetkę, zależnie od materjału, jakim dysponują i od „techniki" obliczania. Statystyka cytowanego *Badena* jest tendencyjnie niekorzystna dla „nowej nauki", gdyż szef jego dr. *Schroeder* jest przeciwnikiem nowych poglądów. Żeby jednak odmawiać materjałowi sanatoryjnemu znaczenia — na to się zgodzić nie mogę. Przecież do sanat. kierowani są chorzy z ambulatorjów, przez lekarzy prywatnych (z którymi chce P. Dr. S. współpracować) chorzy, którzy przeważnie przeszli przez filtr badań, analiz, sedymentacji, rentgena, chorzy z rodzin gruźliczych, podejrzani o gruźlicę lub naprawdę chorzy. Inna rzecz, że raz przyślą zapobiegawczo chorego z banalną adenopatją, drugi raz chorego z naciekiem lub jamą. Ale i w Poradni, która ma niby tak idealnie wyłapywać wczesne przypadki suchot i zadecydować, jaką formę przybierają ich początki, nie jest tak pięknie, jak chce P. Dr. S. Poradnia nie stwarza sama sobie materjału obserwacyjnego, gdyż on sam się jej narzuca w postaci wielkiej ilości hipochondryków, uskarżających się na ustawiczne bóle w klatce piersiowej, podczas gdy wszelkie badania wypadają negatywnie. Chory z naciekiem zgłosi się rzadko. Już częściej zaawansowany suchotnik, gdyż jak powiedział (zdaje się) *Ranke* — gruźlica krzyczy, a suchoty milczą. Krąg, zataczany przez opiekę poradniarską i wywiady, nie jest w naszych warunkach szeroki. A czy wiele poradni może sobie pozwolić na częste kontrole rentgenologiczne domowników i członków rodzin ludzi, chorych na formę otwartą? Pozatem uważam, tak jak zresztą i autorzy niemieccy, że jedynie perjodyczne, katastrowe prześwietlanie pewnych grup ludności (Lwów) i całej ludności (oczywiście nieziszczalne marzenie) mogłoby wyjaśnić % n. wcz. wśród ludności i % n. wcz. w początkach suchot. Sama Poradnia pabjanicka może najwyżej wykazać, jaki % nacieków spotyka się wśród gruźliczych tkaczy pabjanickich. Inne cyfry otrzyma Kolega z Zagłębia, inne znów Kolega z Lidy! Odrębności lokalne istnieją, ale dlatego właśnie, że są to o d r ę b n o ś c i — nie dają przeciętnej życia, a więc prawdy. Są sztuczne! Mój materjał, składający się z mieszkańców Warszawy, z różnych sfer i różnych zawodów i w różnym wieku, przesączany przez filtr komisyj i badań stanowił taką p r z e c i ę t n ą i nie był monotonją tkaczy pabjanickich. Jako przeciętna życia miał p e w n ą wartość naukową, którą P. Dr. S. kwestjonuje.

Co do endo czy egzo-gennego pochodzenia nacieków (z góry przepraszam Kolegów, „uczulonych" na punkcie czystości języka za używanie tych terminów, czynię to dla zwięzłości) — to jeśliby ściśle zanalizować sprawę, mogłoby się okazać, że wszystkie nacieki uważać można za endogenne, gdyż masowa superinfekcja uważana być może za bodziec, obostrzający dawne (to czy inne) ognisko, z którego następuje rzut prątków. W moim materjale na 42 (różne) nacieki stwierdzono dziedziczne obciążenie u 20 osób, a superinfekcję jedynie u 12. Czyli nacieki endogenne m o g ł o mieć 30 osób. Ze względów na szczupłość materjału nie odważyłem się na taki wniosek. Gdybym znał prace P. Dra S., byłbym może odważniejszy. 100% pewne endogenne nacieki, udowodnione „ad oculos" są jednak — przyzna Pan Doktór — rzadkie.

Że gr. hematogenna jest częstsza w wieku dojrzałym i że jest przeważnie dobrotliwa (a więc i nacieki — tak powstałe), powszechnie wiadomo. Nie poruszałem tej sprawy, gdyż postawiłem sobie za zadanie streścić na łamach „Wiedzy Lekarskiej" „nową naukę", aby Kolegów, niezajmujących się specjalnie ftizjologją, ostrzec przed złudnemi „grypami", by propagować konieczność częstszych badań rentgenologicznych, by wzbudzić nieufność do samego jedynie badania fizykalnego, by skończyć nareszcie z „katarem szczy-

tów", tą osobliwą diagnozą, mieszczącą w sobie niemal całą naukę o gruźlicy. Jestem osobiście najgłębiej przekonany, że początek suchot to w olbrzymiej większości (mimo nieprzyjaznych statystyk) naciek wczesny.

Przykre to, że P. Dr. S. potępił materjał sanatoryjny i stwierdził, że do opracowania nac. wcz. się nie nadaje. Inny Kolega może zakwestjonować wartość opracowanego materjału — dajmy na to — odmowego, gdyż chorzy u nas zjawiają się i znikają. Ktoś inny zakwestjonuje znów coś innego, gdyż — wiadomo — materjał nasz jest przelotny, narzucony i przypadkowy. Poradnie rozparcelują nas i zostanie nam jedynie przywilej posiadania wspomnień o naciekach, założonych odmach oraz tysiące historyj chorób, bez naukowej wartości, gdyż nie nadają się „niestety" do opracowania naukowego.

Dr. Kazimierz Dąbrowski.

Umieszczając powyżej replikę p. Dra K. Dąbrowskiego Redakcja uważa tem samem dyskusję nad powyższą sprawą za zamkniętą.

Leczenie oparzeń.

Postępowanie w zupełnie świeżych, niedużych oparzeniach ogranicza się do natychmiastowego popendzlowania stężonym rozczynem nadmanganianu potasu (sol. kalii hypermanganici conc.) i nałożeniu suchego jałowego opatrunku. Jeżeli tylko istotnie bezpośrednio zaraz po oparzeniu został zastosowany nadmanganian potasu, ból szybko uspokaja się, pęcherze nie powstają i gojenie jest szybkie.

Daleko częściej jednak mamy do czynienia z rozległemi oparzeniami, które trafiają do lekarza po upływie już jakiegoś, choćby najkrótszego, czasu. Tutaj wysuwa się bezsprzecznie na czoło wprowadzone przez *Dawidsona* w Ameryce leczenie garbujące. Poniżej podajemy nieco zmodyfikowany sposób postępowania:

Chory zostaje w jaknajłagodniejszy sposób (przecinanie) obnażony zupełnie z ubrania i bielizny. Wszelkie ew. na oparzenie nałożone opatrunki należy również ostrożnie usunąć. W razie potrzeby podajemy sporą (0,015 — 0,02) dawkę morfiny podskórnie celem możliwie bezbolesnego ukształtowania tego najdotkliwszego dla chorego etapu. Znieczulenie ogólne jest niepotrzebne, a nawet szkodliwe.

Po obnażeniu chorego usuwamy delikatnie wacikiem zmoczonym w eterze wszelkie tłuszcze, o ile były one uprzednio już zastosowane i zgrubsza brud. Dokładne szorowanie jest bardzo bolesne i zbędne.

Następnie przystępujemy do najważniejszego momentu przygotowawczego — usunięcia pęcherzy. Posługując się jałowemi nożyczkami i szczypczykami otwieramy najsamprzód pęcherze, a następnie usuwamy je całkowicie. Należy czynić to delikatnie, ale starannie, albowiem pozostawiona błona pęcherza nie dopuszcza taniny do głębszych warstw i garbowanie nie jest zupełne, co zagraża powodzeniu postępowania. Również w późniejszych okresach w razie ujawnienia się nowych pęcherzy, lub zauważeniu dawnych przeoczonych i nieusuniętych, należy niezwłocznie je usunąć, zachowując wszelkie ostrożności w kierunku jałowości.

Chorego układamy zupełnie nagiego na łóżku na równo posłanem prześcieradle (możliwie jałowem, jeżeli niema możności wysterylizowania, należy bieliznę pościelową wyjałowić przeprasowaniem gorącem żelazkiem). Pod prześcieradłem umieszczamy ceratę lub kilka arkuszy woskowego papieru.

Po ułożeniu chorego z kilku obręczy od beczek odpowiednio przymocowanych do łóżka, prześcieradła rozpostartego na nich i koca budujemy rodzaj namiotu, w którym znajduje się całe ciało chorego z wyjątkiem głowy. Jeżeli rozporządzamy prądem elektrycznym umieszczamy wewnątrz namiotu, lecz zdala od skóry, kilka żarówek, celem podgrzewania powietrza otaczającego chorego.

Przygotowujemy (zawsze ex tempore, rozczyny szybko ulegają rozkładowi) 5% dla dzieci, 10% dla dorosłych wodny roztwór taniny. Roztworem tym opryskujemy za pomocą zraszacza miejsca oparzone i to w ciągu pierwszych 6 godzin co pół godziny, następnie cc godzina. Zraszanie kontynuować należy aż do zupełnego zgarbowania, co zwykle trwa około 48 godzin. Wytworzenie się wyraźnych suchych strupów pokrywających oparzenia jest wskazówką dostatecznego zgarbowania. W dniach następnych, albo wcale nie opryskujemy, albo raz, dwa razy dziennie zraszamy tylko te miejsca, w których zauważymy sączenie się z pod strupa.

Metalowe rozpylacze psują się szybko dlatego należy używać szklanych.

Rozczyn taniny musi być każdorazowo świeżo przygotowany, co nie nastręcza trudności, jeżeli mamy rozważoną powiedzmy po 5,0 taninę i wodę gotowaną.

Należy zapobiegać stykaniu się dwóch oparzonych powierzchni. W tym celu wsuwamy pod pachę, między ramię i tułów, między uda, pod sutki, w okolicę krocza odpowiedniej wielkości wyjałowione i kilkakrotnie złożone serwetki lub kompresy gazowe. Tak samo należy podłożyć serwetkę lub gazę pod oparzenie mieszczące się na tylnej powierzchni ciała np. plecach; nie powinno ono przylegać bezpośrednio do prześcieradła. Natomiast reszta oparzeń przez cały czas leczenia pozostaje niczem nie pokryta.

Obok zabiegów miejscowych dbać należy o stan ogólny. W rozległych oparzeniach podajemy środki naczyniowo sercowe oraz doprowadzamy duże ilości płynów, doustnie i podskórnie np. przed południem 1 — 1,5 litra rozczynu fizjologicznego soli; po południu taką samą ilość 5% glukozy. W ciągu pierwszych trzech dni nie należy podawać więcej płynów niż 60 — 80 c. sz. na kilo wagi, większe ilości powodują powstawanie obrzęków. W dniach następnych śmiało można dojść do 100 c. sz. na kilo wagi (oczywiście wzięte pod uwagę są całkowite ilości wszelkiemi drogami doprowadzonych płynów).

W oparzeniach nienazbyt głębokich, przeważnie drugiego stopnia tylko z nielicznymi ogniskami trzeciego stopnia można poprzestać na powyższem postępowaniu, strupy powoli same odpadną i pod niemi ukaże się nowy naskórek. Jednak jeżeli chodzi o oparzenia głębsze, trzeciego stopnia, trzeba po 8 — 10 dniach od chwili oparzenia przystąpić do usunięcia strupów przez zastosowanie okładów pod ceratką z płynu Dakina, codziennie zmienianych. Otoczenie oparzeń powinno być zabezpieczone przed drażniącym działanie płynu Dakina przez powleczenie nie za cienką warstwą waseliny. Po kilku dniach strupy oddzielają się i czyste dobrze ziarninujące dno oparzenia staje się widoczne. Wtedy nakładamy na powierzchnię ziarninującą jedną warstwę gazy przepojonej waseliną a na nią, jak i poprzednio, opatrunek wilgotny z płynu Dakina. Przy zmianie opatrunków pozostawiamy dolną, przepojoną waseliną, warstwę a zmieniamy tylko powierzchowne; w ten sposób zmiana opatrunku odbywa się bezboleśnie [1]). Jeżeli mamy do czynienia z dużą powierzchnią ziarninującą, to dla przyśpieszenia powleczenia się jej naskórkiem, a zatem skrócenia leczenia wskazanem może być przeszczepienie naskórka podług jednego z powszechnie znanych sposobów.

Pamiętać należy w oparzeniach w okolicy stawów i t. p. o należytem ułożeniu w okresie leczenia i o wykonywaniu w późniejszych okresach ruchów, aby zapobiec przykurczom bliznowym.

[1]) Bardzo dogodną gotową postać nawaselinowanej gazy stanowi Tulle gras Lumière.

Oparzenia twarzy wymagają zgoła innego postępowania. Zraszanie taniną jest tu trudniejsze do przeprowadzenia i dlatego po przygotowaniu wstępnem oparzenia w ten sam sposób jak podano wyżej zasypujemy oparzone miejsca następującą zasypką: Rp. Acidi tannici 10,0, Bismuti subgallici 5,0, Talci veneti ad 100,0. Przed zasypaniem powlekamy wargi, nozdrza i brzegi powiek cienką warstwą waseliny, a na zamknięte powieki kładziemy wacik. Zasypkę bądź wprost, bądź przy pomocy zaimprowizowanej puderniczki sypiemy równomiernie po twarzy tak, aby utworzyła ona na oparzeniach powłokę. W ciągu pierwszych dwóch dni ponawiamy zasypywanie kilka razy dziennie, następnie raz dziennie. Nie należy stosować żadnych opatrunków i wogóle unikać wszystkiego, co może przylegać do miejsc oparzonych, również należy chorych pouczyć, aby nie dotykali i nie zdrapywali tworzących się strupów. Bardzo celowe jest otoczenie całej twarzy rodzajem klatki z gazy na osnowie z drutu, latem jest to nawet konieczne ze względu na muchy. Gładki przebieg, a szczególnie wiotkie, mało widoczne blizny, są w pierwszym rzędzie zależne od nie pokrywania niczem oparzeń, zapewnieniu wysychania przez stały dopływ powietrza i odczekaniu samorzutnego odpadnięcia strupów. Co najwyżej można okres odpadania nieco ułatwić przez smarowanie raz dziennie olejkiem migdałowym.

Zaletę powyżej naszkicowanego postępowania stanowi przedewszystkiem zapobiegnięcie wsysaniu się jadowitych produktów rozpadu z oparzonych powierzchni i utrudnienie infekcji — tem tłumaczy się znaczny spadek śmiertelności dochodzący do różnicy 75% w porównaniu z innymi metodami. Zalety te ujawniają się tem wyraźniej, im wcześniej rozpoczęto leczenie garbujące. Jako dalsze zalety wyliczyć należy: taniość, prawie zupełnie bezbolesny przebieg gojenia i ładniejsze blizny. Natomiast, wbrew początkowym twierdzeniom autora tego postępowania, nie przyśpiesza ono naogół okresu gojenia, zwłaszcza jeżeli chodzi o oparzenia głębsze. Dla szpitali ogromna oszczędność materjału opatrunkowego posiada, szczególnie w obecnych czasach, duże znaczenie.

A. W.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Rola biologiczna wapnia i jego przemiana. Wskazania lecznicze do stosowania chlorku wapnia. (Rôle biologique et métabolisme du calcium. Indications thérapeutiques du chlorure de calcium). P a u l B l u m.

Le Monde Médical. N. 826. 1933.

Wapń znajduje się w ustroju w różnych postaciach z których najlepiej znane są połączenia mineralne, węglany i fosforany i połączenia organiczne z ciałami białkowemi. Przeważny odsetek wapnia 97 — 98% znajduje się w formie stałej w szkielecie, gdzie odgrywa rolę bierną, jednakże w razie potrzeby albo w pewnych stanach patologicznych ustrój uruchamia tą stałą rezerwę wapnia. Pozostała część wapnia krąży w postaci wolnych jonów, połączeń kolloidalnych i nierozpuszczalnych soli. Ten t. zw. wapń czynny ma czynności bardzo różne, wpływa on na odżywianie komórek, na czynność zaczynów, na równowagę cieczy ustrojowych, na stałość kolloidów, wreszcie reguluje czynności mięśni i pobudliwość tkanki nerwowej. Ilość wapnia doprowadzana do ustroju wynosi przy odżywianiu zwykłem około 0.5 gr. dziennie, przy diecie mlecznej powiększyć się ona może do 7 — 8 gr., 59% tego wapnia wydziela się z kałem, 41% z moczem, ale stosunek ten zmienia się zależnie od sposobu odżywiania.

Jak wiadomo wapń działa pobudzająco na układ współczulny. Jeżeli stężenie jonów wapnia w ustroju się zmniejsza, wzmaga się podrażnienie układu nerwu błędnego, jeżeli się powiększa, powiększa się napięcie nerwu współczulnego. Dla utrzymania równowagi układu nerwowego konieczne jest by stosunek wapnia do potasu w osoczu krwi równał się 2. W tężyczce doświadczalnej u psów podnosi się ten stosunek bardzo znacznie. Podobna równowaga zdaje się być również konieczną między sumą sodu i potasu z jednej, wapnia i magnezu z drugiej strony. W warunkach prawidłowych stosunek ten wynosi 29 — 31. U zwierząt, pozbawionych przytarczyczek, stosunek ten jest znacznie powiększony. Wapń nawet w bardzo słabych dawkach (1/75000) podtrzymuje działanie hamujące nerwu błędnego, w dawkach normalnych przyśpiesza skurcze serca, w dużych dawkach obniża ciśnienie krwi, pozatem pobudza on ruchy robaczkowe jelit, pobudza odżywianie, co widoczne jest z większego wydzielania azotu, fosforu, siarki i chloru. Wapń działa ponadto na stan mięśni, których pobudliwość zależna jest od stosunku sodu i potasu, oraz wapnia i magnezu we krwi. Wapń działa jako moderator. Usuwając go za pomocą dializy wywołuje się nadmierną pobudliwość układu mięśniowego. Od dawna znany jest wpływ wapnia na tworzenie się skrzepu krwi, na występowanie pokrzywki, etc.

Działanie moczopędne wapnia choć różnie tłomaczone znane jest również oddawna. Ponieważ poziom wapnia we krwi jest bardzo stały, istnieje dla jego utrzymania czuły mechanizm regulujący, posługujący się wodą, niezależnie od tego gdzie się ona znajduje w ustroju. Tem się tłumaczy działanie moczopędne chlorku wapnia. Wapń pobudza czynności nerek i wątroby, pobudza trypsynę nieczynną z powodu braku enterokinazy. Różnorodne działanie wapnia tłumaczy jego szerokie zastosowanie w lecznictwie, jednakże praktycznie podawanie wapnia nie jest łatwe, gdyż wapń zastosowany doustnie albo parenteralnie, zostaje naogół wydzielony, nie przechodząc do krążenia ogólnego. Wchłanianie soli wapnia stoi bowiem w ścisłym stosunku do kwasoty soku żołądkowego i pierwszych części dwunastnicy.

Pod działaniem kwasu solnego fosforany i węglany wapnia zamieniają się w rozpuszczalny i łatwo dializujący chlorek wapnia. W młodym wieku ważna rola przypada pepsynie, która trawi białkowe połączenia wapnia i oswabadza ten ostatni, poza tem żółć również rozpuszcza znaczne ilości wapnia.

Poziom wapnia we krwi jest bardzo stały i waha się w nieznacznych granicach między 105 — 120 miligr. na litr osocza, jak twierdzą jedni, 100 — 110 miligramami, jak podtrzymują inni autorzy. Poziom wapnia we krwi nie podwyższa się, jak podają Denis i Minot, po podawaniu codziennem w ciągu 10 dni 6 gr. mleczanu wapnia. Jeżeli się wstrzykuje śródżylnie podfosforyn wapnia ilość jonów wapnia przestaje się powiększać już po 10 minutach t. j. w czasie koniecznym do wyzwolenia czynności mechanizmu regulacyjnego, przy zastosowaniu chlorku wapnia okres ten trwa około ½ godziny; równocześnie powiększa się ilość fosforanów w moczu i w kale. Fosfaturia jest tylko pozorna, gdyż wywołana jest przez to, że nierozpuszczalny fosforan dwuwapniowy zamienia się na rozpuszczalny, wydzielający się przez nerki fosforan jednowapniowy. Nadmiar wapnia wydziela się ponadto przez jelito, a jeżeli i te dwa mechanizmy, regulujące poziom wapnia we krwi, nie wystarczają, wtedy wapń odkłada się w tkankach i w kościach. Wszystko to pokazuje jak trudne jest wykonanie bilansu wapnia, gdyż część jego znajdująca się może chwilowo w tkankach uchyla się od analizy. We krwi znajduje się wapń w trzech postaciach: jako wolne jony wapnia, w postaci soli niezdysocyowanych (fosforany, dwuwęglany, mleczany) wreszcie w połączeniach koloidalnych z ciałami białkowemi. Połączenia wapniowo-białkowe nie dializują, wolne jony i sole przechodzą przez sączki.

Wapń nie dializujący wynosi około 80%, wolne jony około 10% i sole wapnia również około

10%. Ilość wolnych jonów wapnia nie daje się bezpośrednio oznaczyć; można ją obrachować, opierając się na fizykalno-chemicznych teorjach. Posługując się metodą elektrometryczną znaleźli *Neuhausen i Marshall*, że wapń w zjonizowanej postaci nie przekracza 10% wapnia całkowitego. Jest to najbardziej czynna cząstka wapnia, z której ustrój czerpie w miarę potrzeby. Wapń w postaci soli, przechodzących przez sączki, ale nie zjonizowanych, znajduje się w węglanach i fosforanach wapnia. Ta część wapnia jest zapasem, z którego czerpie ustrój w miarę strat i ubytku wolnych jonów w krążeniu. Wreszcie trzecia, nie dializująca część wapnia, znajduje się w połączeniach białkowych. Wynosi ona, zależnie od autorów, około 40 — 50 — 60 miligramów na litr krwi.

Połączenia białkowo - wapniowe zależą od punktu isoelektrycznego białek surowicy, seriny, globuliny, fibrynogenu, i od połączeń, które te ciała mogą tworzyć ze sobą, a z których każdy może mieć znowu odmienny punkt isoelektryczny. Nierówny podział wapnia między osoczem i krwinkami można również przypisać odmiennemu zachowaniu się punktu isoelektrycznego hemoglobiny. Z tych wszystkich doświadczeń i badań wynika, że określanie wapnia we krwi nie pozwala wnioskować o stopniu odwapnienia albo uwapnienia ustroju.

Zaburzenia, których siedliskiem mogą być tkanki, nie odbijają się w sposób stały w składzie krwi, określanie wapnia we krwi nie jest więc wystarczające do wyciągania wniosków o stanie innych tkanek. Wprawdzie w pewnych cierpieniach występują wyraźne zmiany w zachowaniu się wapnia we krwi, ale zmiany te nie zawsze dotyczą całkowitej ilości wapnia, która naogół jest stała, ile stosunku między poszczególnemi frakcjami wapnia krążącego. Przemiana wapnia znajduje się pod wpływem gruczołów przytarczyczynych, które mają na wapń wpływ, podobny jak wysepki Langerhansa na przemianę węglowodanową.

Z pośród środków stosowanych w celu doprowadzenia wapnia do ustroju najczęściej używanym jest chlorek wapnia, który łatwo się wchłania i równie łatwo wydziela. W wiekszych dawkach wywołuje on nudności, wymioty i rozwolnienia. Działanie chlorku wapnia i soli wapnia staje się bardziej skuteczne po naświetlaniu promieniami pozafiołkowemi. Celem wzmocnienia działania wapnia zalecają również dietę bogatą w cholesterynę, obfitującą w sery, mleko, jaja, móżdżek.

W stosunku do właściwości wapnia i jego różnorodnego działania na ustrój leczenie chlorkiem wapnia jest stosowane w stanach bardzo różnorodnych.

W spasmofilji podaje się duże dawki chlorku wapnia. *Marquezy* zaleca u niemowląt 4 — 6 gr. dziennie pod warunkiem, że środek będzie silnie rozpuszczony w wodzie. W przypadkach nagłych podaje się co godzinę gram przez 6 godzin. Leczenie powinno trwać 10 — 15 dni, także w przerwach między napadami, gdyż działanie chlorku wapnia wyczerpuje się szybko. *Kylin* zaleca podawanie chlorku wapnia w stanach wagotonicznych (dychawica oskrzelowa), *Levy-Solal i Dalsace* polecają go w stanach preeklamptycznych i przy wymiotach ciężarnych.

Stosowanie wapnia w gruźlicy opiera się na przypuszczeniu, że przyczynia się on do zwapnienia ognisk gruźliczych, ma on działać szczególnie dobrze na gruźlicę błon surowiczych i gruźlicę stawów. Wapń znajduje zastosowanie przed porodem, a także w krwawieniach poporodowych, osłabienie kurczliwości macicy przypisywano bowiem zmniejszeniu poziomu wapnia we krwi. Działanie wapnia w krzywicy zaznaczy się tylko wtedy, gdy układ współczulny został pobudzony przez działanie promieni pozafiołkowych albo przez witaminę D. Stosowanie więc wapnia powinno być połączone z podawaniem odpowiednich i odpowiednio naświetlanych produktów.

Śródżylne wstrzykiwania chlorku wapnia w dawce 2 cm³. 50% rozczynu mają mieć korzystny wpływ na rozwolnienia różnego pochodzenia, to działanie ma się potwierdzać i przy podawaniu drogą doustną. W tych przypadkach wprowadza się jednak dawki niewielkie, gdyż w większych działa wapń rozwalniająco. Mechanizm moczopędnego działania chlorku wapnia nie jest dokładnie wyjaśniony. Jest on jednakże pewny, ale nie należy stosować dawek wysokich. Na serce działa wapń podobnie jak naparstnica, zwiększając skurcze serca i jego pobudliwość, zmniejszając zdolność przeprowadzania bodźców. Wapń zmniejsza ponadto objawy ze strony przewodu pokarmowego chorych, nie znoszących naparstnicy. Z tego też względu zaleca się jego podawanie w ilości 3 gr. dziennie razem z naparstnicą jako wzmacniające i ułatwiające działanie tej ostatniej. Zalecają z tego względu wapń chorym, nie znoszącym naparstnicy. Dodatni wpływ wapnia odnosi się nietylko do naparstnicy, ale i do strofantyny. Nasercowe działanie wapnia wyzyskuje się w cierpieniach, w których serce szczególnie jest narażone, z tego też względu zalecają go w leczeniu zapalenia płuc. Ponieważ chlorek wapnia pobudza fagocytozę i wzmacnia siły odpornościowe ustroju, bywa on zalecany w przebiegu chorób zakaźnych. Zwierzęta zakażone, którym dnia poprzedniego wstrzyknięto chlorek wapnia najczęściej pozostają przy życiu, podczas gdy świnki morskie, które tego wstrzyknięcia nie otrzymały, giną. Dodatnie działanie wapnia na krzepliwość krwi wprowadziło ten środek do leczenia różnego rodzaju krwawień. Przy krwotokach gruźliczych działa wapń w 5% rozczynie nietylko na krwawienie, ale podnieść może zasób wapnia ustrojowego. W dawce 3 — 4 gr. dziennie bywa on stosowany w krwawieniach ze strony przewodu pokarmowego czy to na tle choroby wrzodowej czy raka żołądka, czy też z powodu pęknięcia żylaków przełyku lub żołądka. Działanie jego w tych przypadkach jest podwójne, w miejscu krwawienia sprzyja powstaniu skrzepu i wzmaga ponadto krzepliwość krwi.

Po zabiegach chirurgicznych zalecano wstrzykiwania 5% rozczynu chlorku wapnia, aby zapobiegać krwawieniom, powikłaniom płucnym, a także by wyzyskać jego moczopędne działanie. Doustnie zalecano go po zabiegach w jamie ustnej, w gardle i w krtani. Ponadto chlorek wapnia ma mieć działanie korzystne w przebiegu hemoglobinurji i hemorragicznego zapalenia nerek. W przebiegu purpury zalecano go w dawce 3 — 5 gr. dziennie. W przebiegu hemofilji stosowano co tydzień wstrzykiwania śródżylne 20 cm³. 5% chlorku wapnia. Zamiast tego można również da-

wać chlorek wapnia doustnie w dawce 4 — 5 gr. dziennie. Środek podaje się 4 — 5 dniowemi okresami, przeplatanemi równie długimi przerwami. Chlorek wapnia ma również działać korzystnie w przypadkach białkomoczu czynnościowego (białkomocz ortostatyczny, trawienny, cykliczny). Zajmuje on pierwszorzędne miejce w leczeniu choroby posurowiczej. Działanie jego w tych stanach jest nietylko lecznicze, ale i uprzedzające wystąpienie objawów. Aby wyzyskać to ostatnie działanie podają wszystkim osobom, które otrzymały wstrzyknięcie surowicy w dniach, następujących po wstrzyknięciach po jednym gramie chlorku wapnia dziennie. Inni autorzy dają po wstrzyknięciu większe dawki, 2 — 4 gr. dziennie, a także stosują chlorek wapnia, gdy tylko zachodzi możliwość wstrzyknięcia surowicy, a więc jeszcze przed jej wstrzyknięciem w dawce 3 gr. dziennie. Ustalające działanie chlorku wapnia na kolloidy krwi tłumaczy jego korzystne działanie w stanach kolloidoklazji, których wyrazem są objawy dychawicy oskrzelowej, migreny, pokrzywki, kataru siennego, etc.

Wstrzykiwania podskórne i wdychania kwasu węglowego i cieplicznych gazów węglowych w dusznicy bolesnej i chromaniu przestankowem. Camulle Lian et R. Barrieu.

Presse Médicale. N. 76. 1933.

Opierając się na korzystnem działaniu kwasu węglowego, stosowanego pod postacią kąpieli kwasowęglowych w różnych cieplicach, szczególnie na dolegliwości, wywołane skurczem naczyń, badali autorzy czy można stosować kwas węglowy we wstrzykiwaniach podskórnych w dusznicy bolesnej i chromaniu przestankowem. Autorzy wybrali wstrzykiwania podskórne, gdyż dawniejsze ich badania wykazały, że tlen podawany tą drogą miewa działanie lecznicze, np. podskórne wstrzyknięcie ½ litra tlenu przynosiło ulgę w stanach ciężkiej duszności. Autorzy poraz pierwszy zastosowali wstrzykiwania podskórne kwasu węglowego z cieplic w Royat i choć tą drogą dostaje się do ustroju znacznie mniejsza ilość tego gazu, niż przy kąpieli kwasowęglowej, jednakże otrzymywali niezawodne wyniki lecznicze, co jest tem bardziej interesujące, że wstrzykiwania robiono i chorym, u których poprzedni pobyt w Royat nie wpłynął uśmierzająco ani na bóle dusznicowe, ani na chromanie przestankowe.

Natomiast leczenie, w którym się łączy wstrzykiwania podskórne gazu z kąpielami kwasowęglowemi wywołuje bardzo wyraźną poprawę. Autorzy na podstawie swojego doświadczenia, opierającego się na kilku tysięcach podskórnych wstrzyknięć kwasu węglowego, twierdzą, że wstrzyknięcia nie wywołują żadnych powikłań i że są bez wpływu na zasób zasad i na ciśnienie tętnicze niezależnie od jego wysokości. Nadciśnienie tętnicze nie jest więc przeciwwskazaniem do wstrzyknięcia CO_2 w dawce zaleconej przez autora, wynoszącej najwyżej 1 litr. Autorzy przypuszczają, że wpływ małych dawek wstrzykniętego kwasu węglowego polega głównie na jego działaniu rozszerzającem naczynia szczególnie w miejscu ich skurczu, a więc w tętnicach wieńcowych serca i w tętnicach kończyn, gdyż jak to widać ze spostrzeżeń u chorych z nadciśnieniem stan napięcia naczyń się nie zmienia co jest widoczne ze stałego poziomu ciśnienia krwi. Możliwe jest także, że i właściwości znieczulające kwasu węglowego odgrywają pewną rolę.

Autorzy podają technikę wstrzykiwań. Rozpoczyna się je zwykle od ½ litra CO_2, i następnie codzień powiększa się dawkę o 100 cm^3. dochodząc do 1 litra. Jest to dawka najkorzystniejsza. Samo wstrzykiwanie jest niebolesne, czasami tylko wywołuje ono uczucie pieczenia. Wchłanianie kwasu węglowego cieplicznego jest bardzo szybkie; około 10 minut po wstrzyknięciu skóra przyjmuje wygląd prawidłowy. Wchłanianie kwasu węglowego, pochodzącego z handlu, jest wolniejsze. Wyniki lecznicze są również korzystniejsze gdy się stosuje gaz cieplicy, gaz ten jednak również szybko traci swe właściwości żywe.

Omawiając wskazania do stosowania wstrzykiwań podskórnych kwasu węglowego zaznaczają autorzy, że w zmianach naczyń mózgowych wstrzykiwania gazu były bez wyniku; czasami występowała poprawa w przypadkach bólów głowy, towarzyszących nadciśnieniu. Najkorzystniejsze wyniki występowały w dusznicy bolesnej i chromaniu przestankowem. Autorzy stosowali również zwykły kwas węglowy, a także CO_2 z cieplic w Royat we wdychaniach, używając początkowo do tego celu 3 — 7% roztworu CO_2 zmieszanego z powietrzem w masce specjalnie do tego celu obmyślonej, którą opisują. W następstwie stosowali kwas węglowy w mieszaninie powietrza zawierającej 5 — 10% tego gazu, opierając się na badaniach, wykazujących, że o ile odsetek kwasu węglowego jest mniejszy, niż 15% to wywołuje on rozszerzenie naczyń, podczas gdy w wyższem stężeniu pociąga za sobą ich zwężenie.

Wyniki lecznicze inhalacji kwasu węglowego w porównaniu z wynikami przy podskórnych wstrzykiwaniach są mniej wyraźne, nie następuje po nich tak wyraźna poprawa jak po wstrzykiwaniach, jednakże autorzy na razie aż do wyników dalszych badań powstrzymują się od całkowitej oceny tej nowej metody leczniczej.

Katatonia doświadczalna wywołana pałeczkami okrężnicy a psychozy tegoż pochodzenia. (La catatonie experimentale colibacillaire et les psychoses colibacillaires). H. Baruk.

Presse Médicale. N. 82. 1933.

Od wielu lat autor zwracał uwagę, że pewne psychozy powstają na tle zakażenia pałeczkami okrężnicy. Od dłuższego czasu także starał się oprzeć swe badania w tej dziedzinie na podstawach doświadczalnych. Vincent wyodrębnił z pałeczek okrężnicy dwojakiego rodzaju toksyny: jedną mającą specjalne powinowactwo do wątroby, drugą do nerwów. Ta ostatnia jest szczególnie ważna, gdyż jak wykazał Vincent jest ona przyczyną powikłań nerwowych w przypadkach zakażeń pałeczkami okrężnicy. Posługując się tą ostatnią toksyną wywołał autor u kotów, świnek morskich i gołębi objawy katatonji, wykazując w ten sposób drogą doświadczalną znaczenie toksyn pochodzących z pałeczek okrężnicy dla powstania tego cierpienia. Katatonia doświadczalna, wywołana toksynami, pochodzącemi z pałeczek okrężnicy, jest szczególnie wyraźna u zwie-

rząt, których układ nerwowy jest wysoko zorganizowany. Działanie toksyczne polega na szczególnem działaniu nasennem, połączonem z odruchami psychicznemi, wzmożoną pobudliwością i wrażliwością. Spostrzeżenia te mają znaczenie praktyczne, gdyż w jednym przypadku katatonji wszystkie zaburzenia ustąpiły po zastosowaniu surowicy.

Leczenie dusznicy bolesnej pewnemi kwasami aminowemi. (Traitement de l'angine de poitrine par certains acides aminés). Halbron, Lenormand, Dartigue.

Presse Médicale. N. 82. 1933.

Pewne kwasy aminowe szczególnie tryptofan i histidina wstrzykiwane w małych dawkach doskórnie działają na układ współczulny. Tem się tłumaczy ich wpływ uspakajający bóle, a także działanie korzystne na cierpienia, wywołane zaburzeniami równowagi współczulnej jak np. katar sienny. Ponieważ dusznica bolesna ma być wywołana podrażnieniem splotu sercowego czy to zmianą leżącą w samym sercu, czy też w tętnicy głównej, czy odruchem, pochodzących z innych narządów, autorzy i w tym cierpieniu zastosowali swą metodę leczenia kwasami aminowemi, używając roztwór mieszany 4% histidiny i 2% tryptofanu.

Wstrzykiwania wykonuje się codziennie, doskórnie w dawce ½ cm³. Wszyscy chorzy leczeni w ten sposób cierpieli na bóle sercowe, jednakże stan ich krążenia był bardzo różny. Autorzy podkreślają, że leczenie kwasami aminowemi uspakaja naogół bóle sercowe niezależnie od ich pochodzenia. Wstrzykiwania nietylko, że przerywają napad bólowy, ale przy codziennem powtarzaniu, zmniejszają i skracają bóle, a także wpływają na rzadsze występowanie ataków. Większość chorych przestaje się skarżyć już po 4 — 5 dniowem leczeniu, u innych bóle zjawiają się zrzadka w słabym stopniu. Autorzy zaznaczają, że poprawa jest tylko objawowa, że nie wyklucza występowania ciężkich ataków, niema więc mowy o wyleczeniu dusznicy. Działanie histidiny i tryptofanu zaznacza się przedmiotowo spadkiem ciśnienia krwi szczególnie ciśnienia skurczowego, równocześnie zmienia się częstość tętna. Autorzy spostrzegali po wstrzyknięciach również zmiany naczynioruchowe, szczególnie wzmacnia się dermografizm, który staje sie wyraźniejszym, występuje szybciej i trwa dłużej, niż przed wstrzyknięciem. Nagół więc kwasy aminowe działają podobnie, jak histamina, jednakże wpływ ich jest bardziej dyskretny co szczególnie jest korzystne z punktu widzenia ich zastosowania leczniczego.

Dusznica bolesna i jej leczenie promieniami Rentgena. (Angine de poitrine et radiothérapie). Marcel Jely.

Presse Médicale. N. 77. 1933.

Leczenie bólów dusznicowych promieniami Rentgena jest celowe tylko w tych przypadkach, w których bóle nie są spowodowane zmianami zwyrodnieniowemi mięśnia sercowego, ani wadami zastawek, ani niedomogą serca. Właściwą dziedziną tej metody leczniczej są bóle, powstające na tle skurczu naczyniowego podobnie więc jak w chorobie Raynaud i w chromaniu przestankowem. Działanie promieni Rentgena na nerw współczulny, zbliżając się w swych wynikach do następstw sympatektomji okołotętniczej wpływa na bóle dusznicowe podobnie jak naświetlania nadnerczy lub wielkich naczyń na bóle kończyny dolnej na tle zwężenia naczyń. Doświadczenie pokazuje, że naświetlenia okolicy serca zmniejsza w sposób wyraźny, choć niezbyt wybitny, częstość tętna, a także obniża ciśnienie skurczowe i rozkurczowe krwi. Działanie to prawdopodobnie jest wywołane podrażnieniem nerwu błędnego i pobudzeniem nerwu współczulnego. Wobec tego należy oczekiwać, że naświetlania splotu sercowego i splotu tętnicy głównej działać będą korzystnie na te najczęstsze przypadki dusznicy bolesnej, które są spowodowane zmianami naczyń wieńcowych serca. Zdaje się, że dawki małe są najkorzystniejsze, działając szczególnie dodatnio na nerw współczulny. Dawki duże nie są tak dobrze znoszone, może być dlatego, że pobudzają jakiś układ antagonistyczny albo też, że następuje przyzwyczajenie w ciągu dłuższych naświetlań. Autorzy stosują wobec tego na okolicę serca dawki umiarkowane, naświetlając niezbyt często. Po pierwszem naświetlaniu występuje czasami zaostrzenie bólów, które autor porównuje z zaostrzeniem, występującem czasami po naświetlaniu korzonków nerwów neuralgicznych. Drugie naświetlanie stosuje się zwykle w pięć dni po pierwszem, jeżeli jednak po tym naświetlaniu zjawiają się silne bóle lepiej jest zaniechać stosowania promieni X, gdyż naogół po powtórnem naświetlaniu następuje znaczne złagodzenie cierpienia. Jest to szczególnie widoczne w t. zw. chorobie dusznicowej, w której nawet najmniejszy wysiłek wywołuje ciężkie objawy. W razie korzystnego wyniku stosuje się w ośmiodniowych odstępach jeszcze dwa naświetlania, poczem czeka się trzy tygodnie. Jeżeli w tym czasie poprawa się utrzymuje można rozpocząć ponowną serję naświetlań, jeżeli stan jest bez zmiany należy uważać przypadek za odporny na leczenie promieniami X.

Przyczynek do badania zakażenia gruźliczego u pielęgniarek. (Contribution à l'etude de la contagion tuberculeuse chez les infirmières). E. Rist et M. Simon.

Presse Médicale. N. 84. 1933.

Wśród 12 pielęgniarek zatrudnionych w ciągu ostatnich 14 lat w przychodni przeciwgruźliczej częściowo przy przyjmowaniu chorych, a częściowo badaniami plwociny tylko 4 pozostało wolnych od zakażenia gruźliczego. Autor tłumaczy częstość zakażenia złem teoretycznem przygotowaniem pielęgniarek, ciężkimi warunkami ich pracy i przemęczeniem, a wreszcie także nieodpowiedniem urządzeniem okienek w miejscu zapisywania się chorych, co naraża zapisującą pielęgniarkę na wdychanie zakażonego powietrza.

Obecnie w okienkach znajdują się kratki metalowe, nie tłumiące głosu chorych, a pielęgniarki siedzą na estradzie tak, iż górują one dość wysoko nad zgłaszającemi się choremi, których mogą jednak słyszeć, nie schylając się do nich. Autorzy zwracają uwagę na to, iż gruźlica jest

rzadka wśród pielęgniarek, obsługujących chorych, co tembardziej podkreśla niebezpieczeństwo na jakie jest narażony personel, badający plwocinę i obsługujący chorych przychodni. Gruźlica tego personelu ma naogół charakter przewlekły, jednakże allergia tych osób może w bliżej nieokreślonych warunkach np. przy silniejszym dopływie materjału zakaźnego, się załamać i wtedy występuje zajęcie całych płatów. Ciężkie zmiany płucne tych chorych reagowały naogół dobrze na odmę, wprawdzie bardzo wcześnie stosowaną. Zdaje się nawet, że występuje znaczna miejscowa odporność. Spostrzeżenia te zwracają uwagę na częstość ponownych zakażeń pochodzenia zewnętrznego. Są one wprawdzie rzadsze od zakażeń ponownych pochodzenia wewnętrznego, tem nie mniej mają one, jak to wykazują spostrzeżenia autorów, swoje znaczenie.

E. Reicher.

CHIRURGJA.

Leczenie złamań czaszki w okresie wczesnym (Traitement immediat des fractures de la base du crane) — temat programowy 42 Zjazdu Chirurgów Francuskich. L e n o r m a n t, P a t e l i W e r t h e i m e r.

La Presse Méd. Nr. 83, październik 1933.

Przypadki złamań podstawy czaszki wynoszą 40% wszystkich przypadków obrażeń czaszkowo-mózgowych, a wśród nich ogromną większość stanowią jednoczesne złamanie sklepienia i podstawy czaszki. Cały punkt ciężkości tego obrażenia spoczywa nie w uszkodzeniu samej kości (bardzo rzadko, naogół, doprowadzającem do zapalenia opon mózgowych, i to w przypadkach złamania kości sitowatej), a w towarzyszących mu zmianach pourazowych ze strony opon i mózgu. Zmiany te mogą być natury bądź to a n a t o m i c z n e j (krwiak zewnątrzoponowy, krwiak między oponą twardą, a miękką, między pajęczynówką, a naczyniówką, wylew krwawy do samej tkanki mózgowej), bądź też n a c z y n i o r u c h o w e j (skurcz naczyń ze spadkiem ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, po którym zwykle następuje ich porażenie, rozszerzenie, powodujące znaczny wzrost ciśnienia tego płynu i obrzęk tkanki mózgowej).

W przypadkach, które zakończyły się śmiercią między 6 a 12 godzinami po wypadku, na stole sekcyjnym stwierdzano bądźto rozległe wylewy krwawe do tkanki mózgowej, do przestrzeni podoponowej i do komór mózgowych, bądź też cały szereg rozsianych drobniutkich wybroczynek do tkanki mózgowej względnie tylko jej przekrwienie. W tym ostatnim przypadku właściwa przyczyna śmierci nie jest zupełnie jasna; najprawdopodobniej jest nią nagły, odruchowy wzrost produkcji płynu mózgowo-rdzeniowego, gromadzącego się w tkance mózgowej i w przestrzeniach, wolnych — zwłaszcza jeśli jego odpływ z komór bocznych do komory III, IV i rdzenia zostaje utrudniony mechanicznie lub uniemożliwiony.

L e c z e n i e. Obecność ograniczonych krwiaków zewnątrzoponowych, podoponowych lub w samej tkance mózgowej — daje wskazanie do wydłutowania w tem miejscu kości czaszki, usunięcia skrzepów krwi i opanowania ewentualnego krwawienia. Stwierdzenie nadmiernie wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego — daje wskazanie do wydłutowania kości odprężającego, (trepanacja kości skroniowej wdg. Cushinga, trepanacja kości potylicznej), do nakłucia komór bocznych względnie nakłucia rdzeniowego, lub też do zastosowania środków farmakologicznych jak np. wstrzykiwanie dożylne stężonych roztworów cukru gronowego. Wreszcie, w przypadkach nadmiernego spadku ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego stosuje się dożylnie 20 — 40 cm³ wody przekroplonej lub 500 — 1000 cm³ roztworu fizjologicznego.

O wysokości ciśnienia płynu mózgowego trudno jest wnosić z samych tylko objawów klinicznych, które są naogół podobne w przypadkach nadmiernego jego wzmożenia i nadmiernego spadku. Pewne wskazówki w tym względzie daje tylko pomiary ciśnienia krwi i ciśnienia płynu mózgowego zapomocą odpowiednich manometrów. Pomiary te informują również o tem, czy odpływ płynu z komór bocznych do niżej leżących odcinków jest prawidłowy — co nie jest bez znaczenia przy wyborze odpowiedniej metody leczniczej.

W przypadkach jasnych pod względem rozpoznawczym wybór takiej metody nie przedstawia większych trudności: 1) przypadki bardzo ciężkie i bardzo lekkie — postępowanie wyczekujące (nie operować); 2) przypadki z objawami ograniczonego ucisku mózgu (krwiak zewnątrz - lub wewnątrzoponowy), występującemi po pewnej przerwie i powoli nasilającemi się — trepanacja, ewentualne nacięcie opony twardej, opróżnienie krwiaka.

Znacznie trudniej jest zdecydować się na ten czy inny zabieg w pozostałych przypadkach, określanych zwykle jako ciężki wstrząs mózgu (commotio cerebri). Tutaj należy się ogólnie kierować stanem ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, mierzonego odnośnemi przyrządami, od którego będzie zależał wybór tej czy innej metody leczniczej (trepanacja wdg. Cushinga jednostronna, obustronna, nakłucie komór, nakłucie podpotyliczne, rdzeniowe i t. p.).

Przyczynek do obrazu klinicznego i rozpoznawania skręcenia powrózka nasiennego (Quelques considérations cliniques sur la torsion du cordon spermatique). S t r o m i n g e r.

Journ. d'Urologie XXXVI — Nr. 3, wrzesień 1933.

Powrózek nasienny może ulec skręceniu bądźto w obrębie otoczki właściwej jądra, bądź też powyżej niej. Cierpienie to w 70% wszystkich przypadków, występuje między 15, a 25 rokiem życia; ale może się zdarzyć i u osesków, i u starców; czynnikiem uspasabiającym bywa nadmierna ruchomość jądra (zbyt długie mesorchium, brak gubernaculum testis — przytwierdzającego jądro do dna moszny), i jego nieprawidłowe umiejscowienie (wnętrostwo zupełne lub niezupełne). Więcej niż połowa wszystkich przypadków skręcenia powrózka nasiennego przypada na jądra nieprawidłowo umiejscowione, jakkolwiek we wszystkich 3 opisanych w pracy niniejszej przez

autora przypadkach wnętrostwa nie było. Przypadki, wikłające wnętrostwo, ogromnie przypominają klinicznie przepuklinę uwięźniętą, tembardziej, że mamy wówczas i cały szereg objawów otrzewnowych (mdłości, wymioty, zaparcie stolca).

Skręcenie powrózka występuje zwykle tylko po jednej stronie (z dużą przewagą strony lewej); ale bywają i przypadki obustronne.

Czynnikiem wywołującym bywa; niewielki uraz, gwałtowny ruch ciała, zbyt przedłużający się stosunek płciowy, (skurcze mięśnia dźwigacza jądra), nagłe wzmożenie się ciśnienia wewnątrzbrzusznego (utrudniona defekacja) i t. p.

Szybkie rozpoznanie omawianego cierpienia, a co za tem idzie, i wykonanie natychmiastowe operacji — decydują, o losach chorego narządu, gdyż już po 6 godzinach od chwili wystąpienia skrętu powstają w jądrze nieodwracalne (wskutek zakrzepowego zaczopowania naczyń krwionośnych) zmiany zwyrodnieniowo-martwicowe. Za rozpoznaniem skręcenia powrózka przemawiają: nagły początek i gwałtowne nasilanie się objawów (w wywiadach — podobne napady), wnętrostwo, bardzo silne bóle miejscowe, brak objawów rzeżączki — któreby pozwalały przypuszczać ewentualność ostrego, rzeżączkowego zapalenia najądrza, (badanie drobnowidowe wydzieliny z cewki), i względnie dobry stan ogólny. Coprawda, jest zupełnie możliwe współistnienie rzeżączki ze skręceniem powrózka, tak samo jak to ostatnie może wystąpić jednocześnie z uwięźnięciem przepukliny pachwinowej (w przypadkach wnętrostwa). Praktycznie biorąc, decydujące znaczenie dla rozpoznania, ma tutaj wydobycie nakłuciem z jamy otoczki właściwej jądra płynu surowiczego, mocno podbarwionego krwią, gdyż nie znamy poza tem ani jednego, ostrego cierpienia jądra względnie najądrza (poza urazami), któreby już po paru godzinach dało wysięk krwawy do otoczki właściwej jądra.

Skręcenie powrózka różniczkować należy, pominąwszy ostrą rzeżączkę najądrza i uwięźnięcie przepukliny pachwinowej, ze skręceniem się podstawy przydatka Morgagniego (hydatis testis), które daje objawy podobne jak przy skręceniu powrózka, tylko o wiele słabsze.

Operacja w przypadkach wczesnych polega na odkręceniu powrózka i umocowaniu jądra do jego otoczki właściwej, a tej ostatniej — do dna moszny. Jeśli zaś stwierdzi się już w jądrze obecność daleko posuniętych zmian odżywczych, lepiej i bezpieczniej jest wyciąć całkowicie odnośne jądro.

W przypadkach autora: w I — nastąpiło samoistne wyleczenie (chory nie zgodził się na operację) z następowym zupełnym zanikiem jądra, w II zaś i III — operacja polegała na wycięciu chorego, obumarłego jądra (na 3 dzień i na 5, od wystąpienia skrętu).

Rozpoznanie i leczenie krwotoków żołądkowo-dwunastnicowych pochodzenia wrzodowego (Le traitement chirurgical des grandes hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse. Les indications cliniques du traitement médical et du traitement chirurgical). W i l m o t h i P a p i n

Journ. de Chir. T. 42. — Nr. 4, październik 1933.

Krwotoki żołądkowo-dwunastnicze mogą mieć za przyczynę cały szereg różnorodnych schorzeń miejscowych i ogólnych. Tło wrzodowe — (ulcus rotundum) — znajdujemy tutaj nie więcej jak w 50 — 70% wszystkich przypadków. W pozostałych 30 — 50% przyczyną krwawień są: rak, nowotwory dobrotliwe, kiła żołądka, swoiste schorzenie naczyń żołądka, powierzchowne owrzodzenia śluzówki żołądka i dwunastnicy (exulceratio simplex), gastro-duodenitis acuta, splenomegalia, marskość wątroby, kamica żółciowa, przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego i pewne schorzenia ogólne, jak nadmierne ciśnienie krwi, skaza krwotoczna i inne. Za rozpoznaniem wrzodu trawiennego przemawiają w pierwszym rzędzie wywiady — typowa h i s t o r j a s t a r e g o „w r z o d o w c a“. Jednorazowy duży krwotok żołądkowy, nie poprzedzony wyraźnemi objawami żołądkowemi, nie jest prawie nigdy pochodzenia wrzodowego (za bardzo nielicznemi wyjątkami).

Wrzód trawienny rzołądka, czy dwunastnicy, rzadko powoduje krwotok gwałtowny, stanowiący groźbę dla życia przez samą szybkość wylewającej się krwi. Zwykle daje on krwotoki p o w t a r z a j ą c e s i ę, mniej lub więcej szybko wyniszczające chorego, albo też s t a ł e k r w a w i e n i e. Śmiertelność z powodu krwotoku w przebiegu wrzodu żołądkowo-dwunastniczego wynosi około 15% wszystkich przypadków wrzodu, powikłanych krwawieniami.

Rokowanie i wybór odpowiedniego sposobu leczenia (zachowawcze, operacyjne) — są tutaj trudne do określenia, gdyż oparcie się w tym względzie wyłącznie na objawach klinicznych jest bardzo niepewne. C z ę s t o ś ć powtarzających się krwotoków pogarsza rokowanie i przesądza zwykle decyzję w kierunku leczenia opera cyjnego, ale z drugiej strony — pogarsza warunki wykonania operacji i zwiększa związane z tem dla chorego niebezpieczeństwo. Podanie ściśle określonych wytycznych jest tutaj niemożliwe, a decyzja w każdym odnośnym przypadku musi być powzięta indywidualnie i oparta w dużym stopniu na intuicji i sztuce lekarskiej danego lekarza .

Zasadniczo, ujmując sprawę z punktu anatomicznego, dzielimy wrzody trawienne na 2 kategorje: 1) wrzody drążące głęboko i powodujące krwawienie z naczyń z e w n ę t r z n e j p o w i e r z c h n i ż o ł ą d k a i 2) wrzody powierzchowne, dające krwawienie z n a c z y ń p o d ś l u z ó w k o w y c h.. Pierwsze — wymagają leczenia operacyjnego, gdyż tylko zabieg umożliwia tutaj opanowanie krwawienia. W drugich — możliwe jest zatrzymanie krwawienia samoistne lub po zastosowaniu leczenia wewnętrznego; dopiero nieskutkowanie tego leczenia, a zwłaszcza przetaczania krwi daje wskazanie do operacji.

Przetaczanie krwi w przypadkach krwotoków na tle wrzodu dwunastnicy lub żołądka stosuje się, ogólnie biorąc, w celu bądźto powstrzymania krwawienia (działanie hemostatyczne), bądźto w celu wyrównania ubytku krwi (działanie uzupełniające), bądź też jako przygotowanie chorego do operacji (działanie przygotowawcze).

Niezależnie od wyżej wyliczonych przesłanek anatomopatologicznych, powinni być poddani leczeniu w pierwszym rzędzie wewnętrznemu: chorzy gorączkujący (gorączka pochodzenia żołądko-

wego) i chorzy obciążeni cierpieniami układowemi i nadmiernie otyli — jako dający względne przeciwskazanie do operacji. Poza tem, nie należy również operować chorych w stanie wstrząsu, będącego następstwem gwałtownego krwotoku.

Operuje się możliwie w znieczuleniu miejscowem względnie przewodowem, mając zabezpieczoną możność przetoczenia krwi w każdej chwili w czasie operacji i bezpośrednio po niej.

Wybór tego czy innego zabiegu zależy od zmian chorobowych, jakie znalazł chirurg po otwarciu brzucha, i od ogólnego stanu chorego. Wrzody dolnej i środkowej ⅓ części małej krzywizny dają wskazanie do wycięcia (excisio, resectio, gastrectomia). Wrzody górnej ⅓ części małej krzywizny i wrzody małej krzywizny nieruchome, zrośnięte z otoczeniem, — dają wskazanie do przypalenia (cauterisatio), podwiązania naczyń okolicznych i zespolenia żołądkowo-jelitowego. Wrzody odźwiernika — wycięcie lub tylko podwiązanie naczyń i zespolenie. Wrzody dwunastnicy — wycięcie, gastroduodenectomia (zabieg ciężki naogół dla chorego), lub tylko obszycie miejsca wrzodu, zdwojenie ściany (plikatnra), z następstwem zespoleniem żołądkowo-jelitowem.

Leczenie zapobiegawcze tężca surowicą i szczepionką swoistą. (Combinaison de la vaccinothérapie à la sérothérapie dans le traitement préventif du tétanos). C l a v e l.

La Presse Méd. Nr. 87, listopad 1933.

Stosowane dotychczas leczenie zapobiegawcze tężca polega na odpowiedniem zaopatrzeniu rany i wstrzyknięciu 10 — 20 cm³ surowicy przeciwtężcowej. Leczenie to nie we wszystkich jednak przypadkach zabezpiecza całkowicie przed wystąpieniem objawów tężca; dotyczy to zwłaszcza przypadków, w których ustrój ludzki jest „nosicielem" paru ukrytych ognisk tężcowych, zatruwających go stale jadem tężca, — tembardziej, że wstrzyknięta zapobiegawczo surowica swoista — po zobojętnieniu krążących we krwi jadów — szybko zostaje wydalona przez nerki. Stara się temu zaradzić stosowanie swoiste spreparowanych szczepionek tężcowych (potraktowanych jodem), a n a t o k s y n y. Jak pokazały odnośne doświadczenia na zwierzętach i próby kliniczne stosowanie tego rodzaju szczepionek — przy braku jakiegokolwiek szkodliwego działania ubocznego — daje długotrwającą odporność czynną. Odporność ta ilościowo waha się od 1 międzynarodowej jednostki odpornościowej (wiąże 1000 dawek śmiertelnych dla świnki morskiej wagi 350 g) w 1 cm³ — do $^1/_{150}$ powyższej dawki, i utrzymuje się latami. Surowicę przeciwtężcową (o działaniu doraźnem) można wstrzykiwać jednocześnie ze szczepionką, aby tylko nie w to samo miejsce i nie tą samą strzykawką. Szczepionkę (anatoksynę) wstrzykuje się podskórnie w następujących dawkach i następujących odstępach czasu: I dawka — 0,5 cm³, przerwa — 10 dni, II dawka — 1 cm³, przerwa — 1 miesiąc, III dawka — 2 cm³.

Szczepienia zapobiegawcze anatoksyną tężcową mają ogromne znaczenie praktyczne, zwłaszcza na wypadek wojny. Ale w czasie pokoju powinno się szczepić wszystkich tych robotników, którzy ze względu na rodzaj swego zajęcia są szczególniej narażeni na zakażenie tężcem. Poza tem szczepić należałoby chorych z ranami pochodzenia ulicznego, które każą przewidywać długotrwałe leczenie i ewentualność dokonywania następowych zabiegów (zwłaszcza wytwórczych). Pamiętać, jednak, należy o tem, że owe szczepienia ochronne (dające odporność czynną dopiero po pewnym czasie) stosuje się nie jako ś r o d e k z a s t ę p c z y zamiast surowicy przeciwtężcowej, a jako jej u z u p e ł n i e n i e.

Sprawozdanie z XXXII Zjazdu Urologów Francuskich. (XXXII Congrès Français d'Urologie) — październik 1933 r.

La Presse Méd. Nr. 89, listopad 1933.

Rozpoznawanie i leczenie raka gruczołu krokowego (Darget, Pasteau). Zgodnie z panującemi obecnie poglądami na leczenie raka sterczu wszelki zabieg doszczętny staje się przeciwwskazany z chwilą ustalenia rozpoznania ponad wszelką wątpliwość. Dzieje się to dlatego, że wogóle rozpoznaje się raka gruczołu krokowego zbyt późno — kiedy o operacji doszczętnej niema już mowy. Następujące objawy powinny obudzić w lekarzu uzasadnione podejrzenie o raka sterczu: wyczuwanie palcem przez odbytnicę — w miejscu gruczołu krokowego — twardego i względnie szybko powiększającego się guzka, obecność w płynie gruczołowym komórek nieprawidłowych (nowotworowych?), skłonność do krwawień (krwiomocz), odczyn Botelho.

W przypadkach bardzo wczesnych (niewielki guzek, otoczony tkanką gruczołową mniej więcej prawidłową) można próbować doszczętnego wyłuszczenia sterczu od strony pęcherza moczowego z następowem zastosowaniem igieł radowych. W przypadkach bardziej zaawansowanych — nie należy stosować nic, nawet naświetlań rentgenowskich czy też radowych, gdyż mogą one tylko zaszkodzić; naświetlania radowe będą wskazane wyłącznie w przypadkach raka, ograniczonego do cewki moczowej i szyi pęcherza. Jeśli zajdzie konieczność wytworzenia przetoki pęcherza (zatrzymywanie moczu), to ograniczyć się należy następowo tylko do utrzymania rany w warunkach względnej jałowości i chronić jaknajdłużej pęcherz przed zakażeniem.

Dwuczasowa nefrostomja w przypadkach roponercza u chorych wyniszczonych (Nora). W przypadkach odnośnych pierwsze tempo operacji polega na nacięciu powłok skórnych i mięśni i odsłonięciu samej nerki; ranę wypełnia się gazą. Po 3 dniach następuje II tempo: nacięcie ściany ropniaka i opróżnienie go z ropy. Przebieg pooperacyjny przy tym sposobie bywa bardzo łagodny i pomyślny dla chorego, gdyż unika się tu rozległego naciekania tkanek ropą i jej wsysania się, które ma miejsce przy jednoczasowem operowaniu roponercza.

Wycięcie nerki w przypadkach obustronnej gruźlicy nerek (Viannay). Dotychczas trzymano się zasady operowania doszczętnego tylko takich przypadków gruźlicy nerki, w których brak zajęcia przez proces swoisty drugiej nerki był stwierdzony ponad wszelką wątpliwość (zapomo-

cą próby biologicznej). Jednakże przekonano się z czasem, że i obustronna gruźlica nerek może dawać wskazanie do wycięcia jednej z nerek, a mianowicie — jeśli nerka ta uległa wtórnemu zakażeniu, co wpływa bardzo ujemnie na stan ogólny chorego, bądź też czynność jej została do tego stopnia upośledzona, że nie przedstawia ona już żadnej wartości dla ustroju. Wycięcie takiej nerki, nietylko wpływa dodatnio na stan ogólny chorego (goją się między innemi, schorzenia pęcherza moczowego), ale poprawia również stan i pozostałej nerki.

Niedomoga nerek w przebiegu pyelonephritis colibacillosa (Gayet). Naogół pyelonephritis nie upośledza czynności nerek w sposób, dający się stwierdzić klinicznie. Nawet długotrwałe ropienie (latami) nerki znoszą przeważnie zupełnie dobrze. Jednakże w tych przypadkach, w których nerki już uprzednio były upośledzone w swej odporności przez przebycie płonicy bądź też innego ogólnego ostrego zakażenia, dających początek powolnemu ale stale postępującemu bliznowaceniu tych narządów — do rozwinięcia się obrazu ostrej niedomogi nerek dochodzi wówczas o wiele łatwiej. Częściowej poprawy można oczekiwać w tego rodzaju przypadkach na drodze leczenia operacyjnego (nephrostomia).

Obrazy kliniczne schorzeń szczęki górnej. (Séméiologie des affections de la mâchoire supérieure — portion buccale). R u p p e.

La Presse Méd. Nr. 93, listopad 1933.

I. *Urazy.* O b r a ż e n i a s z c z ę k (złamania) przejawiają się następującemi objawami: zniekształcenie twarzy (wskutek przemieszczenia odłamów kostnych), zaburzeniami czucia ze strony śluzówki lub skóry (ucisk na nerwy), wylewami krwawemi podśluzówkowemi (zwłaszcza na podniebieniu), nieprawidłową ruchomością części szczęki w stosunku do całości (w kierunku przedniotylnym, bocznym, lub pionowym), nieprawidłową ruchomością jednej szczęki względem drugiej i zaburzeniami zgryzu. Spotykamy się tutaj z dwoma typami złamań: złamanie poprzeczne Guerin'a i rozerwanie wzajemnego połączenia obu szczęk górnych. To pierwsze daje naogół niewielkie przemieszczenie odłamów i nieznaczną ich ruchomość; zrost następuje tutaj szybko. To drugie jest rzadkie i cechuje się przedewszystkiem nieprawidłowem poszerzeniem podniebienia twardego. Odmianą złamania poprzecznego bywa złamanie wyrostka zębodołowego.

O b r a ż e n i a z ę b ó w mogą polegać na ich zwichnięciu, złamaniu (korony, korzenia), lub powstaniu pourazowego zapalenia stawu odnośnego zęba (ząb staje się ruchomy i bolesny przy ucisku — objawy te mijają po paru dniach); rzadziej dochodzi w następstwie urazu do obumarcia i zakażonej zgorzeli miazgi zębowej z wszystkiemi jej następstwami.

II. *Ostre zakażenia szczęk* — są pochodzenia zębowego (punktem wyjścia jest próchnica zębów). Poszczególne etapy rozwoju sprawy zapalnej: 1) próchnica, 2) zgorzel miazgi zębowej, 3) monoarthritis apicalis suppurativa, 4) periostitis maxillae purul., ostéomyelitis. Umiejscowienie ropnia okostnowego zależy od tego, z którego zęba wyszło zakażenie: ropnie wargowe wychodzą z siekaczy, ropień poniżej wewnętrznego kąta powiek — z kła, ropień policzkowy — z zębów przedtrzonowych i trzonowych. Ropnie podniebienia twardego wychodzą z siekaczy, przedtrzonowców, lub trzonowców; ropnie nosa (b. rzadkie naogół) wychodzą z siekaczy lub kła, ropniak zatoki Highmora — zwykle z kła.

W rzadszych przypadkach, po szeregu powtarzających się ropni dochodzi wreszcie do rozległego podostrego wzgl. przewlekłego zapalenia kości szczęki — z licznemi wtórnemi ropniami i wydzielaniem się martwaków. Jednakże w każdym przypadku, w którym w następstwie zakażenia zębowego dochodzi do rozległego tworzenia się martwaków kostnych, należy mieć na względzie tło kiłowe. Tak samo, jak w przypadku ropienia z zatoki Highmora u osobnika powyżej 40 lat, bez dostatecznie wyraźnej przyczyny zębowej, trzeba myśleć o raku tej zatoki.

III. *Guzy nowotworowe.* Są to bądźto torbiele (torbiele kostne u szczytu korzenia zębowego, zawierające czasami szczątkowy niedorozwinięty ząb) bądź też guzy pełne (odontoma, guzy olbrzymiokomórkowe, mięsaki, włókniaki, chrzęstniaki, kostniaki).

IV. *Przetoki ropiejące* — mogą wychodzić z zapomnianego odłamka korzenia, z martwaka kostnego, ze szczątkowego zęba, ze zropiałej torbieli u szczytu korzenia zębowego i z ropniaka zatoki Highmora. W przypadkach mnogich przetok bez wyraźnego tła zębowego należy podejrzewać kiłę szczęki, gruźlicę zatoki szczękowej lub promienicę.

V. *Owrzodzenia* w zakresie szczęk są przeważnie pochodzenia nowotworowego (rak dziąsła, rak zatoki szczękowej); mają one wygląd dosyć charakterystyczny: dno, pokryte rozpadającemi się zgorzelinowo tkankami, brzeg nieprawidłowy, zgrubiały, twardy, kość w pobliżu owrzodzenia — rozrzedzona, gruczoły chłonne — obrzmiałe.

Znacznie rzadziej przyczyną i tłem owrzodzenia bywa kiła (okolica siekaczy), gruźlica (zwykle bez zmian w kości), promienica (przeważnie jako szereg przetok) i wrzód dziurawiący policzka (mal perforant buccal).

Przyczynek do leczenia zwichnięcia w stawie między kręgiem szczytowym a obrotowym. (Deux observations de dislocation atlo — axoïdienne sans troubles bulbo — médullaires. Echec de traitement orthopédique; verrouillage de sûreté par greffe d'Albee). B o n n e t.

Bull. et Mém de la Soc. Nat. de Chirurgie Nr. 29, listopad 1933.

Autor na marginesie dwu spostrzeganych i leczonych przez siebie przypadków zwichnięcia kręgu szczytowego (wraz z czaszką) względem kręgu obrotowego (pozostającego w prawidłowej łączności z pozostałą częścią kręgosłupa), powikłanego złamaniem u podstawy zęba (dens epistrophei) kręgu obrotowego, — notuje następujące uwagi.

W przypadkach omawianych nie było żadnych objawów uciskowych ze strony rdzenia kręgowego, co, naogół zdarza się dosyć rzadko. Poza wynikiem zdjęcia rentgenowskiego, jedynemi objawami klinicznemi powstałego obrażenia były:

zniekształcenie okolicy szyjnej części kręgosłupa, bolesność uciskowa okolicy zwichnięcia i pewne ograniczenie ruchów czynnych; czasami stwierdza się w podobnych przypadkach również zaburzenia w połykaniu, uwarunkowane uciskiem przemieszczonego kręgu na tylną ścianę gardła.

Na obrazie klinicznym omawianego obrażenia odbija się piętnem swoistem groźba nagłego wtórnego przemieszczenia się zwichniętego względnie złamanego kręgu ze spowodowaniem ucisku na rdzeń (porażenie wszystkich czterech kończyn, nagła śmierć). To wtórne porażenie rdzenia nie jest bynajmniej rzeczą rzadką; może ono wystąpić jeszcze nawet po roku od chwili pierwotnego urazu. I dlatego rokowanie w przypadkach, nie leczonych operacją usztywniającą, zawsze jest niepewne.

Mechanizm powstawania wyżej opisanego obrażenia polega na nadmiernem zgięciu szyjnej części kręgosłupa do przodu (upadek na głowę), na skręceniu, lub na nadmiernem zgięciu do tyłu (zwykle ze zgnieceniem kręgu).

Leczenie powinno polegać na próbie nastawienia zwichnięcia (pociąganie za głowę i odpychanie kręgu szczytowego do tyłu palcem, naciskającym na tylną ścianę gardła); poczem — opatrunek gipsowy na parę miesięcy. Najpewniejsze i najlepsze jednak wyniki lecznicze daje operacyjne usztywnienie górnej części kręgosłupa szyjnego zapomocą przeszczepu kostnego, pobranego w kształcie listewki z kości goleniowej i następnie umieszczonego w ranie w ten sposób, aby jednym końcem opierał się o szczelinę, wydłutowaną w dolnej części kości potylicznej, drugim zaś — o rozszczepiony koniec, wyrostką kolczystego III kręgu szyjnego. Zabieg ten utrwala, coprawda, obecne zniekształcenie anatomiczne i pozostawia trwałą sztywność w zakresie górnych kręgów szyjnych, ale zato chroni w sposób zupełnie pewny przed następowem, późnem nieraz przemieszczeniem chorych kręgów z odpowiedniem powikłaniem ze strony rdzenia.

Operacja ta będzie wskazana we wszystkich przypadkach, w których nie uzyskano dokładnego nastawienia anatomicznego i dobrego zrostu kostnego w miejscu złamania.

Rozpoznanie i leczenie zapalenia migdałka gardlanego. (Conduite à tenir dans l'adénoïdite). A u b r y.

La Presse Méd. Nr. 95, listopad 1933.

Rozróżniamy zapalenie migdałka ostre, podostre i przewlekłe.

1. O s t r e z a p a l e n i e. Początek — nagły, cechuje się szybkiem podniesieniem się ciepłoty do 39 — 40° i znacznem upośledzeniem samopoczucia. Objawy kliniczne są bardzo skąpe: przyśpieszenie oddechu bez wyraźnych objawów duszności, oddech utrudniony, chrapliwy (naskutek zatkania przewodów nosowych), śluzowo-ropny wyciek z nosa (z obu dziurek); przy badaniu lusterkiem — obrzęk, przekrwienie i naloty ropne na śluzówce gardła, brak zmian ze strony migdałów podniebiennych. Wziernikowanie ucha zewnętrznego wykazuje przekrwienie błony bębenkowej. Gruczoły chłonne na szyi (wzdłuż naczyń szyjnych) są zwykle obrzmiałe; do ropienia nie dochodzi.

Choroba trwa krótko, 2 — 3 dni, po których gorączka szybko spada i wszystko wraca do normy.

Leczenie, zasadniczo objawowe, polega wyłącznie na chronieniu chorego przed wystąpieinem powikłań, a mianowicie: ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego (pozornie pierwotnego), zapalenia oskrzeli i płuc, i przejścia zapalenia migdałka w stan podostry. W tym celu stosuje się miejscowo: adrenalinę w oliwię (przeciwko przekrwieniu i obrzmieniu śluzówki), roztwory wodne srebra koloidalnego (collargol, protargol), efedrynę. Niewolno stosować żadnych zabiegów chirurgicznych na migdałku, a nawet — badania palcem (!).

II. P o d o s t r e z a p a l e n i e rozwija się zawsze z ostrego (wskutek powstawania ropni wewnątrz migdałka). Objawów ogólnych (poza gorączką o nieprawidłowym torze) nie bywa wcale. Miejscowo objawy upośledzenia drożności nosa górują nad objawami zakaźnemi.

Choroba może trwać, przy zmiennem nasileniu, tygodniami i miesiącami.

Cierpienie powyższe najbardziej — ze wszystkich postaci zapalenia migdałka gardlanego — usposabia do powikłań ze strony ucha, płuc, gruczołów i naczyń chłonnych (u osesków dochodzi do ropnego zapalenia gruczołów pozagardłowych), nerek (glomerulonephritis haemorrhagica), przewodu pokarmowego (gastroenteritis infantum). Do najczęstszych należy ropne zapalenie ucha środkowego, poczynające się zwykle koło 8 dnia choroby, już po spadku gorączki i ustąpieniu innych objawów klinicznych.

Leczenie polega tutaj na miesieniu migdałka tamponem z waty zmoczonym w rostworze błękitu metylenowego. Wycinanie zakażonego migdałka jest w tych przypadkach przeciwwskazane (jako niebezpieczne), stosowanie środków, odkażających jamę nosowogardłową — za bezcelowe.

III. P r z e w l e k ł e z a p a l e n i e migdałka jest anatomopatologicznie i klinicznie równoznaczne z obecnością wyrośli adenoidalnych jamy nosowo-gardłowej. Rozwija się na tle przebytych zapaleń podostrych. Jedynym objawem klinicznym jest niedrożność przewodów nosowych. Powikłania: gastroenteritis i otitis media (o ostrym przebiegu). Leczenie polega jedynie na operacyjnem usunięciu migdałka, które może być szeroko stosowane począwszy już od 3 — 4 roku życia.

Groźne dla życia chorego powikłania w przebiegu wziernikowania odbytnicy. (Les accidents graves de la rectoscopie). M e n e g a u x.

La Presse Méd. Nr. 87, grudzień 1933.

Niebezpieczeństwo tych powikłań w niektórych schorzeniach jest tak duże, że już z tego względu wziernikowanie odnośnych chorych staje się zasadniczo przeciwwskazane; zastrzeżenie powyższe dotyczy w pierwszym rzędzie uchyłków esicy.

Znaną jest ogólnie łatwość, z jaką uchyłki esicy o ścieńczałej wtórnie i nadżartej ścianie — ulegają przedziurawieniu, nawet pod wpływem

drobnych urazów (spożycie obfitego posiłku, drobny wysiłek fizyczny, skok, jazda samochodem); przedziurawienie może wystąpić również w czasie operacji — przy niezbyt delikatnem manipulowaniu chorą kiszką, przy wykonywaniu wlewanki kontrastowej (w celu prześwietlenia rentgenowskiego) i przy nadmuchiwaniu kiszki powietrzem w celu ułatwienia wprowadzenia wziernika do esicy. Jasnem jest więc, jakie niebezpieczeństwo grozi w odnośnych przypadkach przy wykonywaniu wziernikowania odbytnicy; zresztą, niebezpieczeństwo to dotyczy nietylko możności przedziurawienia ściany uchyłka, ale również — w przypadkach ropnia przykiszkowego (perisigmoiditis purulenta) — spowodowania przerwania się tego ropnia do wolnej jamy otrzewnowej, z wynikiem przeważnie śmiertelnym (analogicznie do możności spowodowania pęknięcia jajowodu przy badaniu wewnętrznem w przypadkach ciąży trąbkowej lub ropniaka jajowodu).

Przedziurawienia kiszki naskutek wziernikowania poza przypadkami uchyłków esicy i ropni przyesiczych — zdarzają się bardzo rzadko i są następstwem wyłącznie błędów techniki wziernikowania. Przedziurawienie to jest umiejscowione zwykle w miejscu przejścia prostnicy w esicę (światło kiszki załamuje się tutaj dosyć ostro) i dotyczy wewnątrzotrzewnowego odcinka kiszki.

Poza przedziurawieniem kiszki, wziernikowanie odbytnicy może zostać powikłane również krwotokiem do światła jelita — przy zranieniu śluzówki, co jednak zdarza się, naogół, rzadko.

W związku z powyższemi rozważaniami wziernikowanie odbytnicy należy uważać za p r z e c i w w s k a z a n e zasadniczo we wszystkich przypadkach, w których podejrzewa się z dużem prawdopodobieństwem obecność uchyłka esicy, a zwłaszcza jeśli znajduje się on w ostrym stanie zapalnym — diverticulitis, perisigmoiditis (gorączka, bolesność uciskowa i obrzmienie w okolicy lewego talerza biodrowego). Lepiej będzie w tego rodzaju przypadkach zacząć badanie od ostrożnie wykonanej wlewanki kontrastowej (z następowem prześwietleniem rentgenowskiem).

Wogóle, wziernikowanie odbytnicy należy przeprowadzać bardzo ostrożnie i delikatnie, najlepiej w pozycji à la vache, bez ogólnego usypiania (gdyż wówczas traci się niezmiernie cenne objawy, towarzyszące powstaniu przedziurawienia: nagły, gwałtowny ból i, czasami, zapaść). Wziernik wprowadza się do granicy między odbytnicą i esicą (miejsce pierwszego oporu) w sposób zwykły, dalej zaś — już tylko pod kontrolą oka (po wyjęciu mandryna).

Szybkie rozpoznanie powstałego przedziurawienia bywa czasami trudne, czasami zaś — nawet bardzo łatwe (jeśli we wzierniku ujrzy się np. pętlę jelitową lub kawałek sieci). W każdym razie, jeśli ból, który chory uczuł nagle w czasie wziernikowania, nie uspakaja się w następnych godzinach, a przeciwnie, rozszerza się na cały brzuch, a powstają przytem wymioty i zaznacza się napięcie powłok w podbrzuszu, — należy natychmiast przystąpić do operacji cięcia brzucha, gdyż przy ogromnej śmiertelności w przebiegu tego powikłania (60% przypadków śmiertelnych wśród operowanych w ciągu pierwszych kilku godzin), tylko n a t y c h m i a s t o w a o p e r a c j a może jeszcze uratować chorego.

O p e r a c j a w przypadkach przedziurawienia kiszki mało naogół zmienionej będzie polegała na 2-piętrowem zaszyciu dziury, z ewentualnem sączkowaniem tkanki pozaotrzewnowej do światła kiszki (od strony jamy brzusznej ranę i sączki dokładnie się peritonizuje); zabieg można uzupełnić wytworzeniem czasowej przetoki kałowej — ze zstępnicy lub kątnicy. Przy objawach rozlanego zapalenia otrzewnej — worek Mikulicza.

W przypadkach przedziurawienia uchyłka — jego wycięcie i obszycie kikuta, jak przy operacji wyrostka robaczkowego; ewentualnie — worek Mikulicza, wytworzenie kałowej przetoki czasowej.

W przypadkach, wreszcie, przerwania się ropnia przykiszkowego do wolnej jamy otrzewnowej pozostaje tylko do wykonania rozległe sączkowanie przestrzeni zakażonej; rokowanie co do życia jest tutaj bardzo niepewne.

M. Czyżewski.

CHOROBY NERWOWE.

Przykurcze i hypertonje. Co charakteryzuje i co daje podstawę do różniczkowania ich głównych typów klinicznych. (Contractures et Hypertonies. Ce qui caractérise et différencie leurs principaux types cliniques). J. F r o m e n t.

Le Journal de Medecine de Lyon, Nr. 275, p. 363.

Wyraz hypertonja jest stosowany w neurologji dla określenia stanów napięcia mięśniowego bardzo różnorodnego pochodzenia o cechach swoistych. Termin hypertonja wyklucza jednak pojęcie przykurczu hysterycznego, który jest pokrewny przykurczom zależnym od woli. Przy nim szybko występuje przemęczenie. Jest to zresztą napół symulacja mniej lub więcej świadoma, o czem możemy się przekonać stosując kontr-sugestję sposobem *Babińskiego*.

Badanie hypertonji z punktu widzenia fizjologji kliniki i badań nad zwierzętami ujawnia ich wielką różnorodność związaną ze zmianami odruchowości. Hypertonja jest niczem innem jak stanem odruchowego skurczu mięśni mniej lub więcej stałego lub mającego pozory stałości.

Hypertonja odźwierciadla tylko zmiany odruchów, bądź ściegnisto-okostnowych, bądź odruchów obronnych, bądź odruchów statycznych i położenia, wreszcie zmiany odruchowości sympatycznej lub reakcji reflektornych uczuciowych. Zmiany w zakresie jednego rodzaju odruchów zwykle pozostawia inne odruchy niezmienionymi. Postacie i cechy wyszczególnionych hypertonji zależą od natury bardzo zmiennej odpowiednich odruchów na różnych poziomach mózgu i rdzenia.

Im więcej porównywać różne hypertonje, tem więcej przekonywujemy się, że nie mają ze sobą nic wspólnego. Jedne znikają we śnie, świadome hamowanie zmienia niektóre. Oddziaływanie na ruchy bierne i czynne jest zgoła inne w różnych rodzajach hypertonji. Każdy rodzaj hypertonji ma swój jakby specyficzny sposób po-

tęgowania się. Nasila się przez wysiłek dowolny w przykurczach ścięgnisto-odruchowych, w przykurczach skórno-odruchowych wskutek pobudzeń skórno-trzewiowych, w parkinsonismie zależy od najmniejszej zmiany statyki, w chorobie *Wilsona* przy każdym zamierzonym ruchu. Różnorakość hypertonji wyklucza możliwość istnienia jednego leczenia dla wszystkich hypertonji, każda wymaga odpowiedniego traktowania.

Przypadek stwardnienia rozsianego mózgu i rdzenia, leczony gorączką. (Sur un cas de sclérose en plaques traité par le pyrétothérapie). H. Christy.

Journ. de Méd. de Lyon, Nr. 275.

Opisany przypadek przemawia za tem, że leczenie gorączką nadaje się nietylko dla porażenia postępującego. Trudności techniczne powodują, że dotąd terapję zimniczą stosujemy przeważnie w bezwładzie postępującym.

Postać wstępująca kiły rdzenia kręgowego o zespole zajęcia istoty szarej. (Forme ascendante de syphilis médullaire réalisant un syndrome de poliomyélite). L. Bourrat.

Jorn. de Méd. de Lyon, Nr. 275.

Prócz postaci zwyczajnej kiły rdzeniowej z porażeniem skurczowem *Erba* zdarzają się, prawda że wyjątkowo rzadko porażenia wiotkie niezależnie od zapaleń korzonków, ani od wiądu, ponieważ występują wyłącznie zaburzenia ruchowe z zanikami mięśniowymi, niema w tych przypadkach żadnych zmian czuciowych. Podostry rozwój tych myelitów o typie czasami wstępującym odróżnia je od zaników mięśniowych przedewszystkiem pochodzenia kiłowego, które mogą występować jako zespół *Aran-Duchenne'a*. Anatomicznie sprawa umiejscawia się w rogach przednich i tem upodabnia się do poliomyelitis anterior. Leczenie specyficzne energiczne i dość wczesne daje bardzo dobre wyniki, szybkie i zupełne wyleczenie.

Rozpoznawanie zaburzeń psychicznych w przebiegu wiądu rdzenia. (Le diagnostic des états déficitaires au cours du tabes). L. Larrié i H. J. Jasenski.

Jour. de Méd. de Lyon, Nr. 275.

W przebiegu wiądu rdzenia dość często zdarzają się zaburzenia psychiczne o rozmaitem pochodzeniu. Najczęściej występuje powikłanie z bezwładem postępującym, jednak i inne cierpienia, które przyłączają się do wiądu, mogą dawać objawy otępienia. Rozpoznawanie bywa niełatwe, należy brać pod uwagę ogólny obraz kliniczny, nigdy nie opierać się na poszczególnych objawach.

Rzekomy guz opon mózgowych powstały wskutek organizacji krwiaka. (Pseudo - tumeur des méninges craniennes par organisation d'un ancien hématome). L. Bérriel i R. Puig.

Jour. de Méd. de Lyon, Nr. 270.

Prawdopodobnie pewne przypadki guzów opon są właściwie stanami zapalnemi powstałymi na skutek pourazowych wylewów krwi do opon. W pewnych warunkach, dotąd jeszcze nieznanych, skrzep może łudząco przypominać w przebiegu klinicznym oraz obrazie anatomicznym dobrotliwy guz mózgu.

Epidemjologja poliomyelitu w świetle ostatnich badań. (L'épidémiologie de la poliomyélite d'après les travaux récents). B. Le Bourdellés.

Le Journ. de Méd. de Lyon. Nr. 286.

W ciągu lat ostatnich epidemja poliomyelitu wzmogła się, co wyraziło się we Francji epidemją faktów epidemjologicznych, dotyczących choroby *Heine-Medina*. Trzeba podkreślić dane dotyczące zakażenia utajonego i odporności zjawiającej się wskutek obcowania z chorymi. Zasługują na uwagę prace nad zakażeniem drogą doustną i o pochodzeniu wodnem choroby.

Po za zapobiegawczemi metodami klasycznemi, które w wojsku dały dowód swej skuteczności pożądanem jest wprowadzenie profilaktycznego zastrzykiwania surowicy uzdrowieńców. Należy zorganizować we Francji zbiór i wydawanie takiej surowicy.

O chronaksji u dzieci. (Notes sur la chronaxie chez l'enfant). M. Péhu i G. Morin.

Journ. de Méd. de Lyon, Nr. 286.

Pojęcie i termin „chronaksja" są nowe. Dawniej w elektro-dyagnostyce posługiwano się tylko siłą elektryczności. Obecnie przy określaniu chronaksji biorą pod uwagę czas i napięcie prądu potrzebne dla wywołania podrażnienia w aparacie neuro-mięśniowym. Badanie elementu czasu zrobiło tę sprawę zrozumiałą i ścisłą. Z dziedziny fizjologji doświadczalnej pojęcie o chronaksji zostało przeniesione do kliniki dzięki pięknym pracom *Borguignona i Banu*. Zastosowanie chronaksji umożliwione zostało w praktyce dzięki konstrukcji nowego aparatu, który może być używany przy łóżku chorego.

Badania nad chronaksją u dzieci o rozwoju opóźnionym. (Recherches sur la chronaxie chez les enfants retardataires). M. Péhu i G. Morin.

Journ. de Méd. de Lyon, Nr. 286.

Badania nad chronaksją prowadzone przez *Péhu i Morin* dotyczą dzieci od 2 do 10 lat o opóźnionej zdolności chodzenia. Opóźnienie to zależało od przyczyn rozmaitych: krzywicy, obrzęku śluzowatego, ogólnego niedorozwoju, encefalopatji wyraźnej lub ledwie zaznaczonej. Badania te są trudne wskutek niesforności dzieci, można je jednak przezwyciężyć. Stwierdzono u dzieci o rozwoju opóźnionym, że określenie chronaksji pozwala na ścisłe wykazanie zmian czynnościowych w aparaturze nerwowo-mięśniowej, nawet przy braku zmian mikroskopowych lub histologicznych.

Napięcie mięśniowe u człowieka. Czem jest w rzeczywistości i jak należy rozumieć sposób jego regulowania. (Le tonus musculaire de l'homme. Qu'est-il en fait, et comment peut-il concevoir son mode do régulation?) J. Froment.

Journ. de Méd. de Lyon. Nr. 299.

Badania porównawcze nad zmianami napięcia mięśniowego pozwalają zrozumieć sposób regulowania napięcia mięśniowego u człowieka. Między ssakiem pozbawionym mózgu i ssakiem normalnym, a człowiekiem jest za duża różnica, żeby móc wyprowadzać jakieś wnioski. Postawą swoją i zachowaniem swojem człowiek ujawnia właściwości napięcia swych mięśni.

Hypertonja jest nie tylko wzmożeniem napięcia mięśniowego, lecz wzmożeniem dorywczem. Jeżeli hypertonja kończyn świadczy o zmianach w zakresie szlaków piramidowych lub pozapiramidowych, to sprawa inaczej przedstawia się w stosunku do zwieraczy i dla mięśni twarzy; tu wystarczają zmiany w neuronach obwodowych, co świadczy o ich specjalnym ustroju odruchowym.

Guzy wewnątrzrdzeniowe. Rozpoznawanie i leczenie. Stan obecny zagadnienia. (Tumeurs intrarachidiennes. Le diagnostic et le traitement: Etat actuel de la question. Congrès international de Chirurgie de Madrid 1932). L. Bériel.

Journ. de Méd. de Lyon. Nr. 299.

Wszędzie zajmują się sprawą guzów wewnątrzrdzeniowych. Chirurdzy zajmują się tą sprawą szczegółowo na bardzo dużym materjale, uczą się rozpoznawać je, i operować. Sprawa była na porządku dziennym na Zjeździe T-wa Międzynarodowego Chirurgji w Madrycie. Z prac Zjazdu można sobie wyrobić pojęcie o stanie obecnym tej kwestji pod względem rozpoznawczym i leczniczym. Pozostało jeszcze wiele ciemnych punktów do wyświetlenia: istota i klasyfikacja tych guzów, przebieg pooperacyjny, możliwość nawrotów.

Katapleksja. Studjum kliniczne. (La cataplexie. Etude clinique). A. Devic, G. Morini i G. Poisson.

Journ. de Méd. de Lyon, Nr. 299.

U pewnej kategorji chorych podczas śmiechu znika nagle i zupełnie napięcie mięśni i możność wykonywania jakichkolwiek ruchów. Świadomość pozostaje nienaruszoną. Objaw ten obserwowano prawie wyłącznie u narkolektyków. Czasami podobne zjawisko występuje na początku napadu padaczkowego.

Strychnina, zwłaszcza ephedryna przynieść mogą ulgę, lecz wyniki nie są stałe.

Dr. med. Zygmunt Messing.

ENDOKRYNOLOGJA.

Działanie insuliny na wymianę gazową. (Action de l'insuline sur les échanges respiratoires). Labbé M. i M. Rabinstein.

Cpt. ren. de la Soc. de Biol. T. 112. Nr. 11, 1933 r.

Autorowie podawali 10 jednostek insuliny domięśniowo na czczo. Wykonano badania na 15 osobnikach dotkniętych rozmaitemi chorobami, w tym czterech cukrzycowych. Badano podstawową przemianę materji przed podaniem insuliny i w godzinę po jej zastosowaniu. W większości przypadków (w 15 na 18) insulina powoduje zmniejszenie podstawowej przemiany materji od 1,6 do 10%. To obniżenie podstawowej przemiany materji występuje szczególnie wyraźnie w tych przypadkach, gdy mamy do czynienia ze zwiększoną przedtem podstawową przemianą materji np. w przypadku hypertyreozy, gdy przemiana podstawowa była + 19%, obniżenie wynosiło 9%, w przypadku otyłości, gdzie podstawowa przemiana materji wynosiła + 12, zmniejszenie wynosiło 10%, dalej u jednego chorego, gdzie podstawowa przemiana materji wynosiła + 14, obniżenie jej wyniosło 10%. W trzech przypadkach, gdzie metabolizm był obniżony insulina go podnosiła. Z tego widać, że hormon trzustki posiada własności sprowadzania podstawowej przemiany materji do właściwego poziomu.

Współczynnik oddechowy uległ zwiększeniu po insulinie w 10 przypadkach, w 6 zmniejszeniu. I tu insulina sprowadzała go do normy.

Lepkość i równowaga białkowa surowicy ludzi w przypadkach nadczynności tarczycy. (Viscosité et equilibre proteique du sérum dans l'hyperthyroidisme humain). E. J. Benedetto.

Cpt. Rend. de la Sociéte de Biol. T. 112, Nr. 7. 1933 r.

Badania przeprowadzano na czczo, chorzy nie otrzymywali żadnych leków w okresie przeprowadzanych badań i okresie poprzedzającym. Przedtem ustalono podstawową przemianę materji. We krwi oznaczano lepkość surowicy oraz ilość białek. Badania wykonano na 7-miu osobnikach zdrowych i 15 dotkniętych hypertyreozą. U chorych znaleziono, że ilość ogólna białek nie ulega większym zmianom (—1,3), seryna ulega pewnemu zwiększeniu (+16), globuliny obniżają się znacznie (—25), stosunek albumin do globulin zwiększa się od 1,25 — do 2,05 (+64) lepkość krwi obniża się dość znacznie (z 1,87 na 1,67 czyli o —8,7%). Zmiany te są podobne do tych jakie znaleziono u psów w czasie hypertyreozy doświadczalnej po karmieniu tarczycą. Odwrotne odchylenia spotyka się u zwierząt pozbawionych tarczycy.

U jednej z chorych wykonano częściową tyreidektomję, po niej podstawowa przemiana materji obniżyła się z 40 na 4, ilość globulin podniosła się z 2,75 na 4,35 p. 100, stosunek globulin do albumin zmienił się z 2,22 na 1,27. Ilość ogólna ciał białkowych zwiększyła się o 10%.

Wpływ wyciągu z przedniej części przysadki mózgowej na lipiny krwi. (Action de l'extrait antéro-hypophysaire sur lipides du sang). Munoz J. M.

Cpt. Rend. de la Sociét. de Biol. T. 112, Nr. 5, 1933 r.

Zasadowe wyciągi z przedniej części przysadki mózgowej pobudzają wzrost oraz zwiększają poziom cholesteryny we krwi. Autor badał wpływ zasadowego wyciągu przedniej części przysadki mózgowej (według metody Ewansa i Simpsona) na zachowanie się poziomu cholesteryny, kwasów tłuszczowych, fosfolipin we krwi u psa. Stosowano 7 cm.^{3} wyciągu na kg. wagi. Okazało się, że podawanie takich kwasów zwiększa zawartość cholesteryny, wasów tłuszczowych i fosfolipin we krwi. Takie same zmiany spostrzegano u psów pozbawionych tarczycy, skąd należy wnioskować, że wyciąg z przysadki działa wprost a nie za pośrednictwem tarczycy. Usunięcie przysadki przeciwnie obniża poziom tych składników we krwi. Ponieważ, jak ogólnie wiadomo, lipiny (a głównie cholesteryna) odgrywają dużą rolę w sprawach odpornościowych ustroju, przeto spostrzeżenia autora nie są pozbawione wartości praktycznych.

F. G.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

W sprawie zaraźliwości pooperacyjnego zapalenia żył. (Sur la contagiosité des phlebites postoperatoires). Ducuing J.

Presse Méd. 1933 I, str. 236.

Autor zwraca uwagę na epidemiczne czy endemiczne występowanie pooperacyjnych zapaleń żył Największa częstość tych przypadków ma miejsce na wiosnę w lutym i marcu, w czasie kiedy również inne choroby zakaźne jak grypa, zaziębienie i t. d. osiągają najwyższy punkt swego rozwoju. Zauważono ponadto, że w pewnych pokojach najczęściej występują przypadki phlebitis, to też zaleca autor odkażanie pokoi po tych schorzeniach. Wiadomo dalej, że w praktyce wiejskiej i prowincjonalnej zapalenie żył należy do rzadkości a właśnie w tych warunkach brak skupienia chorych, tego podejrzanego czynnika chorobotwórczego.

Wnioskiem powyższego artykułu winno być izolowanie chorych z phlebitis postoperativa i dezynfekowanie pomieszczeń po tych przypadkach.

Nowe wskazania dla leczenia radem w ginekologji. (Indications nouvelles de la curiethérapie en gynécologie). Daniel G.

Bull. Soc. Radiol. méd. France. T. 21, str. 72, 1933 r.

Na Zjeździe rentgenologów w Paryżu w r. 1931 zaproponowano dwa nowe wskazania dla stosowania radu.

1. Leczenie wypadnięcia macicy u kobiet po przekwitaniu z osłabieniem aparatu więzadłowego miednicy małej i z owrzodzeniem części pochwowej.

W lekkich i średnio ciężkich przypadkach zakłada się 2 rurki owinięte 1 cm. gazy, zawierające każda po 12 mg. radium elementu; rurki te umieścić należy obok części pochwowej na przeciąg 4 — 6 dni. W ciężkich przypadkach czas aplikacji podnosi się do 6 — 8 dni.

W wyniku powyższego postępowania wytwarza się blizna zmniejszająca część pochwową; oraz podnosi się sklepienie pochwy. 8 lekkich przypadków w ten sposób wyleczono, z 4 — ciężkich — 1 wyleczono, w 1 stwierdzono poprawę, 1 — bez zmiany, 1 — zmarł od przypadkowego zakażenia.

2. Leczenie radem przetok czy to w pochwie po kolpotomji z powodu roposteku w zatoce Douglasa lub z powodu ropniaka jajowodu, czy też w powłokach brzusznych lub pęcherzu czy kiszce grubej zakłada się 6 mg. radium elementu na 24—48 godz.

Naświetlanie nerwu współczulnego promieniami Roentgena w przypadkach wytrzebienia operacyjnego. (Radiothérapie fonctionelle sympathique dans les ménopauses chirurgicales). Gouin J., Bienvenue i A. Desaunay.

Bull. Soc. Radiol. méd. France. T. 20, str. 643, 1932 r.

Opierając się na dobrych wynikach naświetlania promieniami Roentgena w przypadkach bolesnego miesiączkowania, autor wypróbował u 5 chorych, cierpiących na ciężkie objawy wypadowe po operacyjnem wytrzebieniu w wieku 20 — 30 lat, — naświetlania nerwu współczulnego, przeważnie nerwu splanchnicus. Wyniki były zachęcające gdyż albo nastąpiła znaczna poprawa, albo nawet zupełne wyleczenie.

W przebiegu tego leczenia występowało najpierw znaczne pogorszenie, po którem dopiero przychodziła poprawa zazwyczaj trwała.

Obserwacja w niektórych przypadkach trwała do 2 lat.

Wyniki są prawie te same czy promień środkowy pada na 2-gi czy na 4-ty krąg.

Leczenie operacyjne i rentgenowskie złośliwych nowotworów jajnika. (Rapporte de la chirurgie et de la rontgenthérapie dans le traitement des tumeurs malignes de l'ovaire) Joly Marcel.

Journ. belge Radiol. T. 22, str. 110, 1933 r.

Autor występuje przeciwko nihilizmowi leczniczemu rozpowszechnionemu w stosunku do złośliwych nowotworów jajnika. Uzyskać można mianowicie poprawę niekiedy kilkoletnią i to tak w zakresie stanu ogólnego, jak dolegliwości miejscowych.

Autor przedstawia 23 przypadki własne, z których 30% żyje bez oznak nawrotów klinicznych od 1 — 9 lat.

Badań histologicznych brak w niektórych przypadkach, ale autor uważa za ważniejsze rozpoznanie kliniczne, gdyż obraz histologiczny nie zawsze ma cechy typowe.

Dla leczenia wielkie znaczenie ma stan ogólny chorej. Leczenie zaczyna się w 3 tygodnie po operacji; stosuje się promienie twarde od 200 K. V. (kilo volt) poczynając z filtrem miedzianym lub cynkowym 1 — 2 mm. grubości.

Płynu z brzucha nie należy wypuszczać zbyt często, chyba że pochłania on zbyt dużo promieni.

Technika: 4 pola 15 × 15 od strony brzucha i pleców, od krocza 1 pole 12 × 12, niekiedy używa się ponadto pól bocznych; na posiedzenie 700 — 1000 R. codzień zmiana pola, tak że każde pole otrzymuje naświetlenie conajwyżej co 5 dni. W ciągu miesiąca każde pole dostaje 6000 R. W drugim miesiącu naświetla się górną połowę brzucha tak że całe leczenie trwa z koniecznemi niekiedy przerwami 2—3 miesięcy.

Jednocześnie radzi autor stosować nagrzewanie diatermją.

Przypadek rzucawki porodowej; opróżnienie macicy sposobem Dührssena bez efektu; nakłucie lędźwiowe — wyleczenie. (Éclampsie à forme convulsive; échec du traitement médical de la césarienne vaginale; succés de la ponction lombaire). Le Lorrier i M. Mayer.

Bull. Soc. Obstétr. Paris. T. 22, str. 145, 1933 r.

19-stoletnia pierwiastka w VII miesiącu ciąży zachorowała nagle na silne bóle głowy i w dniu przybycia do kliniki miała kilka napadów drgawek o charakterze rzucawki porodowej.

Upust krwi w ilości 700 cm³, oraz podanie chloralu pozostało bez efektu leczniczego. Wobec powyższego wykonano pochwowe cięcie cesarskie (sposobem Dührssena) i opróżniono macicę. Nastąpiła tylko przejściowa poprawa, poczem stan ogólny pogorszył się znacznie, ciśnienie krwi wzrosło, oraz wystąpiły objawy mózgowe. Dokonano natychmiast nakłucia lędźwiowego, poczem stan chorej poprawił się znacznie i ostatecznie. Ciśnienie spadło, napady ustały, i po 48 godzinach chora obudziła się ze śpiączki.

Autorzy zwracają uwagę na wybitne lecznicze znaczenie nakłucia lędźwiowego w rzucawce porodowej, zwłaszcza w przypadkach z zaatakowaniem układu nerwowego.

Okresowe zmiany płodności kobiety. (Les variations cycliques de la fécondité féminine). Guchteneeze R.

Rev. Franç. Gynéc. T. 27, str. 138, r. 1933.

Autor przychyla się do teorji Ogino, stwierdza, że zapłodnienie możliwe jest tylko w okresie od 3 dnia przed i do 8-go dnia po jajeczkowaniu.

Na dowód tego poglądu przytacza autor. że 17 kobiet, które odbywały stosunki tylko w czasie po — lub przed miesiączkowym — nie zaszły w ciążę w ciągu 4 — 24 mies.

Jeśli stosunek odbywał się w okresie płodności miał w swym skutku ciążę.

(Zbyt małe liczby i dowolny dobór materjału nie pozwalają bez zastrzeżeń przyjąć tezę autora — refer.).

W sprawie powikłań znieczulenia lędźwiowego. (A propos des accidents de la rachi — anesthësie). Martin R. — H. i P. Halbron.

Paris Méd. 1933 I, str. 217.

Na 45 znieczuleń lędźwiowych obserwowano 4 razy bóle głowy i to raz z objawami oponowemi, 2 razy nietrzymanie stolca (osłabienie zwieracza odbytu), które minęły po podawaniu opiumu, 1 raz zatrzymanie moczu trwające 4 dni.

Wszystkie wyżej wymienione powikłania minęły szybko, to też muszą być uważane za lekkie.

Natomiast w ósmym ostatnim przypadku wystąpiło trwałe powikłanie, w postaci niedowładu n. abducens po stronie prawej, z zajęciem częściowem nerwu trójdzielnego.

Pod wpływem wspomnianych przykrych powikłań autorzy przejrzeli piśmiennictwo przyczem stwierdzili, że powikłania ze strony mięśni oka, zdarzają się w 1 — 5%. Zazwyczaj występują one pomiędzy 4 — 8 dniem po znieczuleniu, mogą jednak wystąpić dopiero w 3 — 6 tygodni, a nawet 3 miesiące po tem. Naogół jednak powikłania te po 3 — 6 tygodniach mijają. Oprócz samego środka znieczulającego odgrywają w omawianym powikłaniu znaczną rolę stany podrażnienia opon, oraz czynniki toksyczne oraz warunki ciśnienia hydraulicznego wewnątrz kanału rdzeniowego.

Zakażenie gonokokowe przezłożyskowe płodu. (La transmission diaplacentaire de l'infection gonococcique chez le foetus). Slobozianu H. i P. Hersovici. Prof. N. Georghiu.

Gynéc. Obstétr. T. 28, Z. 5, listopad 1933 r.

Autorzy przytaczają z literatury oraz swoje 3 obserwacje osobiste przypadków gonokokowego zapalenia stawów u płodu matek, które krótko przed porodem przechodziły takie same schorzenie. Ponieważ płody nie wykazywały schorzeń spojówki, ani też nie można było stwierdzić żadnego innego miejsca wtargnięcia drobnoustrojów, przeto autorzy przypuszczają, że zakażenie nastąpiło na drodze krwionośnej a więc za pośrednictwem łożyska.

Szczególnie ciekawy jest przypadek I, w którym u matki stwierdzono gonokoki w wydzielinie pochwy przy jednocześnie istniejącym zapaleniu stawów, uznawanym przez autorów za gonokokowe. Płód urodzony wykazuje cechy znacznej słabości, a na 20-ty dzień życia rozpoczynają się u niego objawy reumatyzmu wielostawowego, wśród którego umiera. Rozmazy, wykonane z ropy wydobytej ze stawów, wykazały liczne gonokoki.

Przyczynek do techniki operacyjnej cięcia cesarskiego w przypadkach zakażonych. (La cesarienne tardive, contribution a technique operatoire). Merger R.

Gynéc. Obstétr. T. 28. Z. 5, 1933 r., listopad.

Autor przechodzi w krótkim skrócie historycznym metody cięcia cesarskiego i rozpatruje je pod kątem widzenia warunków istniejących w przypadkach zakażonych.

Cięcie cesarskie kliniczne w trzonie, wykonane in situ jest operacją najbardziej niebezpieczną w omawianych przypadkach. W czasie operacji zakażone wnętrze macicy i jej zawartość styka się z otrzewną i jelitami w całej jamie brzusznej, co może być powodem rozlanego zapalenia otrzewnej. Po operacji grozi przedostawanie się zakażonego materjału z jamy macicy do otrzewnej, gdyż szew macicy nie może być bardzo ścisły, tak z powodu braku materjału do sfałdowania, jak też z powodu skurczów mięśnia macicy, które przesuwają brzegi rany w stosunku do siebie. Wysunięte zarzuty spowodowały prawie całkowite zarzucenie tej metody.

Lepsze nieco warunki daje modyfikacja klasycznego cięcia cesarskiego, przy której wyłania się macicę poza jamę brzuszną i tę ostatnią zamyka się prowizorycznie kulociągami; zmiana rękawiczek i zastosowanie środka odkażającego zapobiega z pewnym prawdopodobieństwem pierwotnemu zakażeniu otrzewnej w czasie operacji. Tem niemniej niebezpieczeństwo wtórnego zakażenia w przebiegu pooperacyjnym nie zostaje usunięte i wspomniane wady szwu w trzonie pozostają w mocy.

Pokrycie otrzewną rany jest zazwyczaj bardzo trudne technicznie, pokrycie siecią sprzyja powstaniu zrostów, a drenowanie brzucha nie zawsze jest skuteczne między innemi z powodu zmiany położenia zwijającej się macicy.

Znacznym krokiem naprzód było obszywanie brzegów otrzewnej ściennej z brzegiem otrzewnej trzewnej macicy, względnie z naciętą ścianą macicy, przed otwarciem jaja płodowego. Operacji tej zarzucić można przymocowanie macicy do powłok brzusznych, co zawiesza ten organ w górze, zwłaszcza jeśli operacja wykonana była wysoko.

Ostatnią wreszcie odmianą cięcia w trzonie, podaną w celu usunięcia niebezpieczeństwa zakażenia jest technika Portes'a. Wydobycie macicy nazewnątrz z zamknięciem jamy brzusznej, wydobycie płodu i popłodu wymaga jednak wtórnego wprowadzenia macicy do brzucha po 20 — 30 dniach.

Operacja ta, szczęśliwie pomyślana, ma też liczne wady, a mianowicie: shock po pierwszej operacji, przykry dla chorej i otoczenia przebieg pooperacyjny, powolne zwijanie się macicy poza jamą brzuszną i konieczność wykonania drugiej operacji. Wyniki ostateczne tej operacji wahają się pomiędzy 13 — 27% śmiertelności, tem niemniej operację Portes'a uznać należy, za znaczny krok naprzód w dziedzinie postępowania w przypadkach zakażonych wymagających cięcia cesarskiego.

Przechodząc zkolei do cięcia cesarskiego w dolnym odcinku autor omawia najpierw metodę pierwotną. Wadą jej w stosunku do możliwości zakażenia jest operowanie in situ, dzięki czemu znaczna ilość materjału zakażonego przedostać się może do jamy otrzewnej, z drugiej jednak strony łatwość oddzielenia kiszek od pola operacyjnego zapobiega w znacznej mierze rozlaniu się ewentualnego zapalenia otrzewnej.

Natomiast jeśli chodzi o zabezpieczenie rany pooperacyjnej i utrudnienie przechodzenia materjału zakaźnego z macicy do jamy otrzewnej w okresie pooperacyjnym, to cięcie w dolnym odcinku przewyższa znacznie cięcie w trzonie. Wpływa na to sfałdowanie ściany cienkiego dolnego odcinka przy szwie macicy, dokładna peritonizacja z umieszczeniem pęcherza, jako trzeciej warstwy ochronnej, nieruchomość dolnego odcinka. Wreszcie pamiętać należy, że operujemy w zakresie miednicznej otrzewnej, która odznacza się większą odpornością na zakażenie, względnie posiada skłonność do wytwarzania zapaleń ograniczonych.

Wadami tej metody operacyjnej są:

1) możliwość zakażenia tkanki łącznej w zakresie miednicy.

2) bliskość splotów żylnych, których schorzenie jest częstą przyczyną powikłań, w szczególności zapalenia żył,

3) operacja odbywa się wśród otrzewnej i pomimo ostrożności może mieć w następstwie zakażenie otrzewnej.

Reasumując, cięcie w dolnym odcinku, w swej postaci pierwotnej nie daje dostatecznej gwarancji bezpieczeństwa w przypadkach zakażonych, a to przez pierwotne zakażenie otrzewnej oraz przez zajęcie tkanki podotrzewnowej.

Tem niemniej dla przypadków podejrzanych nadaje się w zupełności oczywista bez oznak klinicznych zakażenia ogólnego.

Ze starszych modyfikacji wspomnieć należy o cięciu pozaotrzewnowem, obecnie zarzuconem, głównie ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia tkanki łącznej.

Z metod pozaotrzewnowych autor wspomina pokrótce o metodzie Fromme'go z obszyciem otrzewnej, oraz o metodzie Michona i Sellheima, uznając je jednak że niewystarczające pod względem zapobiegania zakażeniu. (Nie możemy zgodzić się z tem zdaniem, co do bardzo dobrej metody Sellheima, pod tym względem. — przyp. referenta).

Zkolei przechodzi autor do metody podanej przez prof. Jeannin'a, która ma na celu zabezpieczenie rodzącej od zakażenia tak w czasie operacji, jak po niej.

Przecięcie skóry, tkanki podskórnej w linji środkowej od pępka do spojenia łonowego.

Następnie po obydwu stronach linji środkowej nacina się każdą pochewkę mięśni prostych oddzielnie, pozostawiając nie naruszoną smugę białą. Rozsunięcie na boki obydwu brzuśców, tak, że ponad jamą brzuszną pozostaje tylko tylna blaszka pochewki mięśni prostych i otrzewna.

Teraz wycina się z tych blaszek płat trójkątny, wierzchołkiem sięgający prawie do szczytu górnego rany, podstawą zaś opierający o spojenie łonowe. Boczne linje cięcia nie powinny przekraczać linji łączącej ujście kanału pachwinowego z pępkiem, aby nie uszkodzić art. epigastrica.

Powyższego cięcia dokonać należy nożyczkami.

Po otwarciu w ten sposób jamy brzusznej wycina się na otrzewnej trzewnej, pokrywającej macicę taki sam trójkąt, a raczej kształt litery V odwróconej, przyczem dolne końce bocznych cięć zakończyć się powinny na wewnątrz od przebiegu naczyń macicznych. Dbać przytem szczególnie należy, aby skośne nacięcia w otrzewnej trzewnej i ściennej były do siebie równoległe, gdyż są one przeznaczone do zeszycia ze sobą.

Istotnie odsuwamy płat otrzewnej trzewnej ku dołowi, odwarstwiając w ten sposób pęcherz ku dołowi, a następnie zeszywamy jak wyżej.

Wten sposób jama brzuszna jest zamknięta jeszcze przed otwarciem macicy a przed nami leży szerokie pole operacyjne w kształcie trójkąta i to wyraźnie w obrębie dolnego odcinka.

Zwracać należy uwagę na dokładne zespolenie brzegów otrzewnej trzewnej ze ścienną, czemu bardzo sprzyja pozostawienie wraz z otrzewną ścienną powięzi poprzecznej, o czem wspomniano wyżej.

Dopiero teraz nacina się ścianę dolnego odcinka, wydobywa płód i popłód oraz zamyka się macicę szwem dwupiętrowym.

Następnie autor poleca założyć worek Mikulicza (operacja przeznaczona jest dla przypadków zakażonych) i zamknąć brzuch dwupiętrowym szwem. Szyjąc powięź brać należy na igłę; brzeg jednej pochewki, pozostawioną smugę białą i brzeg drugiej pochewki. Oczywista w przypadkach podejrzanych możnaby nie stosować drenowania pokrywając dolnym płatem trójkątnym ranę w dolnym odcinku.

Autor przytacza 9 przypadków, w których wykonał opisany zabieg z dobrym wynikiem.

Uzasadnienie teoretyczne znajdzie czytelnik w pierwszej części niniejszego referatu.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Kiłowe zapalenie mięśnia i śródmięśniowy guz, wychodzący z osłonki Schwanna (Schwannome intra-musculaire et myosite syphilitique). M. Favre i J. Dechaume.

Journal de Médecine de Lyon; 1933. Nr. 321.

Spostrzeżenie dotyczy młodej kobiety, która od 4-ch lat cierpi z powodu guza, rosnącego w mięśniach przedniej powierzchni uda. Wzrost początkowo bardzo powolny od kilku miesięcy nagle znacznie się wzmógł. Guz wywołuje samoistne bóle i jest bardzo wrażliwy na dotyk. Po wykonaniu odczynu Wassermana, który okazał się silnie dodatni — postawiono rozpoznanie kiłowego guza mięśniowego. Przy wykonywaniu zabiegu chirurgicznego okazało się, że mięśnie są chorobowo zmienione, (ogniska zwyrodnienia, rozlane nacieki) — na znacznej przestrzeni w otoczeniu guza.

Badanie histologiczne wykazało wśród pęczków mięsnych obecność obcej tkanki, wychodzącej z osłonki nerwu (schwannoma); W samym mięśniu bardzo wyraźne nacieki nie wykazujące żadnej zależności od guza — przeciwnie obraz kliniczny i zmiany histologiczne wskazywały na to, że guz powstał w mięśniu poprzednio zapalnie zmienionym. Liczne zresztą prace wskazują na to, że bodźcem do nowoutworzenia się tkanki, stojącej w pewnym związku z układem nerwowym — może być przewlekły stan zapalny w otoczeniu. To zapatrywanie zresztą można odnieść i do innych guzów.

Leczenie swędzących dermatoz wyciągami śledziony. (La splénothérapie des dermatoses prurigineuses). J. Saté, J. Charpy i J. Monard.

Journal de Méd. de Lyon. Nr. 321. 1933.

Leczenie śledzioną przeprowadził autor w 43 przypadkach, w tem 30 przypadków wyprysku, 4 przypadki świerzbiączki, 3 przypadki dermatitis Duhring i t. d. Śledzionę podawano w postaci zastrzyków z wyciągu śledziony, którego jeden gram odpowiadał pięciu gramom świeżej śledziony. Pojedyńcze dawki wynosiły od jednego do 20-stu gramów wyciągu. Zastrzyki wykonywano zwykle co 2-gi dzień, niekiedy codziennie. Jeżeli

po 5-tym lub 6-tym zastrzyku nie otrzymywano poprawy — zarzucano ten sposób leczenia.

Przeważnie stosowano wyciągi Fournier — Choay. Niekiedy także „dermosplenine“ d-ra Groc‘a, która nie była bardziej skuteczną od poprzedniego leku lecz mniej bolesną. W przypadkach znacznych bólów zobojętniano wyciąg roztworem dwuwęglanu sodu i dodawano 2 - 3 cm³ 1% roztworu novocainy. Miejscowo stosowano tylko zwykłą pastę cynkową. Zastrzyki znoszone były bardzo dobrze bez odczynu ogólnego z wyjątkiem jednego przypadku, w którym po zastrzyku zjawiło się nieznaczne podniesienie ciepłoty. W niektórych przypadkach natychmiast po zastrzyku można było spostrzegać rumień na twarzy, znikający zresztą szybko. Rumień ten należy uważać za objaw pozornego wstrząsu azotynowego i dlatego należy zwracać baczną uwagę na dokładne odbiałczenie wyciągów. Spostrzeżenia autora nie wykazują żadnych wyższości dużych dawek ponad małemi.

Na 30 przypadków wyprysków, 12 bez zmiany, 11 całkowitych wyleczeń lub prawie wyleczonych (6 nawrotów), 7 przypadków z poprawą, wyraźne ustąpienie swędzenia zauważono w 18 przypadkach. Na 4 przypadki świerzbiączki: 1 wyleczenie, 2 poprawy i 1 — bez wyników. Na 3 przypadki dermatitis Duhring — jeden wyleczony całkowicie w 3 tygodnie, bez nawrotu utrzymuje się rok, jeden — z poprawą.

Z wyników leczniczych widać wyraźny i szybki chociaż przemijający wpływ na swędzenie i działanie na same zmiany skórne. Należy zauważyć, iż ustępowanie swędzenia jest pierwszym objawem w przebiegu leczenia tym sposobem, który aczkolwiek nie jest doskonały, ale nie jest gorszy od innych, jak autohemoterapja, proteinoterapja, leczenie podsiarczynem sodowym i t. d.

W czasie leczenia wyciągami śledziony spostrzegamy zmiany krwi, a mianowicie: w kilka minut po zastrzyku zjawia się leukocytoza i hyperglobulia, które utrzymują się przez kilka godzin, niekiedy jedną dobę. Po dłuższem leczeniu, spostrzegano zwiększenie się ilości czerwonych i białych ciałek krwi, przyczem z ciałek białych powiększa się tylko ilość leukocytów. Ilość limfocytów i eozynofilów procentowo nie zwiększa się.

Działanie lecznicze wyciągów śledziony nie jest dotychczas wyjaśnione. Wobec braku spadku ciałek eozynochłonnych trudno podtrzymywać zapatrywanie *Mayr‘a* i *Moncorps‘a*, który przypisuje działanie lecznicze zmniejszeniu się ilości eozynofilów. Według *Thomas‘a* śledziona ma dostarczać do krwi pewnego rodzaju zaczynu, wpływającego następnie na przekształcenie się następne pewnych toksalbuminów.

Zjawiska meteorologiczne a dermatozy (Phénoménes météoriques et dermatoses). J Lacassagne i J. Rousset.

Journal de Médecine de Lyon, Nr. 321. 1933.

Nauka o meteoropatologji obecnie jest na porządku dziennym zwłaszcza w pedjatrji. W okolicach Lyonu największe zaburzenia atmosferyczne powodują wiatry, wiejące z doliny Rodanu, które określa się nazwą: „Vent du Midi“. Zjawiska te są powodem występowania u dzieci pewnego zespołu, który bliżej opisał Mouriquand.

Autorzy zastanawiali się nad wpływami tego zjawiska atmosferycznego na przebieg dermatoz i zauważyli wpływ jego na schorzenia świerzbiączkowe. W tych przypadkach, w okresach tych zmian atmosferycznych swędzenie znacznie się powiększa. To spostrzeżenie powinno być zdaniem autorów punktem wyjścia do dalszych systematycznych badań nad wpływem zjawisk meteorologicznych na przebieg schorzeń skóry i na ich leczenie.

Stan obecny lecznictwa grzybic skóry (Les traitements actuels des epidermomycoses). Prof. H. Gougerot.

Bulletin Général de Thérapeutique; Nr. 6. 1933.

Obecne leczenie grzybic skóry można podzielić na cztery części: I i II: Leczenie miejscowe, które polega w pierwszym rzędzie na obnażeniu miejsc zakażonych grzybem i stworzeniu dostępu dla środków pasorzytobójczych, następnie na niszczeniu grzybów środkami antyseptycznemi. III. Ogólne leczenie preparatami jodowemi. IV. Leczenie szczepionkami.

Najlepszemi środkami pasorzytobójczymi są: jod, formol, chryzarobina, mniej energicznymi - siarczan miedzi, siarczan cynku, kwas benzoesowy, kreozot, kalomel i t. d. Pierwszym warunkiem dobroci stosowanego środka jest jego zdolność przenikania do zakażonych miejsc i umożliwienie tego dostępu czyli t. zw. obumarcie grzyba. Do tego celu służą promienie X, które są obecnie najlepszym środkiem epilacyjnym. Po dokładnem usunięciu włosów, mieszki są łatwo dostępne dla wszystkich środków antyseptycznych. Epilacja przy pomocy promieni X wyrugowała dziś prawie całkowicie epilację ręczną, bez której, jednakże trudno się obejść niekiedy w przypadkach ograniczonej woszczyny i w przypadkach, w których nie można stosować promieni X. Epilację promieniami usiłowano zastąpić sposobami chemicznymi i w tym celu można podać jednorazowo 7 mlgrm. na kilo wagi ciała octanu thalu. Ten sposób ma swoje dodatnie i ujemne strony: nie wymaga kosztownych instalacji rentgenowskich, nie wymaga interwencji specjalisty rentgenologa ale może spowodować ciężkie objawy zatrucia ogólnego lub powikłania ze strony nerek. Sposób ten we Francji jest bardzo mało używany. Żaden z wyżej wymienionych sposobów epilacji nie zabija grzybni, dlatego też konieczne jest natychmiast po epilacji stosowanie nalewki jodowej lub innych środków pasorzytobójczych. W figówkach (sycosis), folliculitis częściej można zastosować epilację ręczną ze względu na mniejsze powierzchnie zakażone. Co się tyczy paznokci należy powierzchowne warstwy niszczyć i usuwać. Wykonuje się to przez zdrapywanie tych warstw po uprzedniem zastosowaniu kwasu salicylowego (25% w maści), lub 40% ługu lub pasty epilacyjnej. Np. zinc. oxyd., amidon, barium sulfuricum aà). Zdrapywanie można zastąpić operacyjnem usunięciem paznokci. Po usunięciu paznokci, tak, jak i po usunięciu włosów należy natychmiast stosować środki antyseptyczne.

W leczeniu ognisk grzybicowych na dłoniach i podeszwach, gdzie zwykle grube masy naskórka stanowią przeszkodę w działaniu środków pasorzytobójczych — najlepiej stosować pasty epi-

lacyjne, jak podano wyżej, przez rozrobienie mieszaniny z gorącą wodą i pozostawienie tej zawsze świeżo sporządzonej pasty na 10 do 60-ciu minut w miejscu ogniska.

Po zmyciu pasty należy warstwy rogowe zdrapać, i zastosować odpowiedni środek. Trudno wyliczyć wszystkie środki pasorzytobójcze. Najczęściej są stosowane: nalewka jodowa Sabouraud'a (t-ra jodi 5 gr; spiritus 80% — 20 do 35 gr), 1 — 5% maści chryzarobinowe, maść jodowa (jodi 0,5 rozpuszczamy w najmniejszej ilości xylolu, vaselini 50,0), według Bory'ego, chryzarobina w chloroformie 2%, formalina z lanoliną od 5% i t. d.

Ogólne przesycenie organizmu jodem okazuje się niekiedy leczeniem specyficznem, zwłaszcza w grzybicach głębokich. Sposób podany przez Ravaut, polegający na stosowaniu dożylnych zastrzyków 2 — 20 cm³. mieszaniny sporządzonej ex tempore 2-ch niżej podanych płynów w różnych ilościach (I. jodi 1,0; kal. jodatum 2,0; aquae destil. 100,0. II. natrium hyposulfur. 10,0; aquae destil 100,0). Podany sposób nie jest bez zarzutu, gdyż spostrzegano po tych zastrzykach częste zakrzepy.

Stosowanie jodu per rectum jest sposobem o wiele prostszym i prawdopodobnie nie mniej skutecznym od dożylnego.

Jednym z pierwszych, którzy stosowali szczepionki w leczeniu grzybic był Bruno Bloch. Poleca on stosować „trychophytiny" w grzybicach głębokich; za nim podjęli inni ten sposób leczenia zwłaszcza Jausion. We Francji stosowane są zwłaszcza szczepionki t. zw. „claso-vaccins" czyli wyciągi z grzybów lub mikrobów. Według Jansion'a wszystkie postacie grzybic nadają się do leczenia odpowiadającymi wyciągami. Leczenie to należy jednak podjąć po dokładnem zbadaniu, wykonaniu sztucznej hodowli i stwierdzeniu dodatniego odczynu śródskórnego. Przeciwskazane jest to leczenie w przypadkach, w których zakażenie grzybem jest wtórne a pierwotnym czynnikiem etjologicznym jest jakaś inna przyczyna. Sposób stosowania szczepionek, których przygotowanie według przepisu autora może być niejednokrotnie łatwo dokonane — jest prosty. Szczepionki stosuje się podskórnie lub domięśniowo. Stosowanie doustne lub dożylne jest bezskuteczne a niekiedy niebezpieczne. Zastrzyki stosuje się co 2 — 3 dni w ilości ½ — 5 cm., nigdy więcej jak 20 w jednej serji. Przerwy między serjami wynoszą 15 dni. Zwiększanie dawek lub ich przyśpieszenie nie prowadzi szybciej do celu.

Kiła a uraz. (Syphilis et Traumatismes). R. B e r n a r d.

Bruxelles — médical. Nr. 1, 1933.

Obszerna praca omawia wpływ kiły na zmiany urazowe i wpływ urazów na przebieg kiły. Co się tyczy stłuczeń (contusio), to kiła nie wywiera żadnego wpływu na ich przebieg.

Jeżeli chodzi o wpływ kiły na przebieg gojenia się ran — to zdania są podzielone. Jedni autorzy twierdzą, że kiła nie wpływa ujemnie na gojenie się ran. Szereg spostrzeżeń jednak, poczynionych w czasie wojny, wykazało opóźnienie gojenia się ran u kiłowych; i coraz liczniejsze są uwagi a zwłaszcza ostatnie prace Barthélemy'ego, stwierdzające, że po operacjach u kiłowych czynnikiem, który ostatnie przyśpiesza wyzdrowienie — jest leczenie specyficzne.

Bardziej rozbieżne jeszcze są zdania jeżeli chodzi o wpływ kiły na złamania. Pewniejszy i klinicznie wyraźniej występujący jest odwrotny wpływ urazów na przebieg kiły — czy to już znajdującej się w organiźmie w chwili zadania urazu czy to zakażającej później organizm, który uprzednio uległ urazowi.

Bardzo nieliczne spostrzeżenia dowodzą, że uraz może wpływać na odmienny przebieg zakażenia kiłowego okresu I i II (zgrupowanie się osutki kiłowej w obrębie skóry tatuowanej i t. d.). Literatura obfituje natomiast w przypadki, w których uraz był przyczyną obudzenia się kiły utajonej i powstania późnych zmian kiłowych — najczęściej kilaków — w miejscu urazu. Punktem spornym jest tylko rodzaj tkanki, z której najczęściej sprawa rozpoczyna się (kostna, mięsień, skóra).

Najczęstszym umiejscowieniem dla kilaków pourazowych są kończyny zwłaszcza dolne, najczęstszym punktem wyjścia zmian kiłowych jest okostna a zwłaszcza okostna kości piszczelowej. Dopiero wtórnie proces przechodzi na części miękkie i dlatego to w przypadkach kilaków na skórze podudzi zdjęcie rentgenowskie często wykazuje zmiany okostnowe. Niektórzy autorzy posuwają się w swoich twierdzeniach tak daleko, iż utrzymują że zmiany okostnowe istnieją zawsze i pierwotnie w przypadkach kilaków podudzi.

Jak wykazują spostrzeżenia własne autora i liczne autorów obcych pewny jest wpływ urazu na powstanie kiłowych zmian stawów, zwłaszcza w przypadkach kiły późnej. Uraz zadany nawet na kilka lat przed zakażeniem kiłowem może również spowodować w tym samem miejscu umiejscowienie się procesu zapalnego. Te same spostrzeżenia poczynione w stosunku do układu kostnego, dotyczą także mięśni. Co się tyczy trzewi to nie spostrzegano jakiejkolwiek łączności między urazem a zakażeniem kiłowem.

Uraz może wywołać powstanie tętniaka tętnic powierzchownych.

Organem, w którym najczęściej może te dwa czynniki — uraz i kiła — nawzajem na siebie wpływają — jest oko. Uraz najczęściej jest punktem wyjścia dwuch procesów kiłowych w oku: keratitis i chorioiditis. Ponadto znane są przypadki, w których uraz oka ułatwiał wejście zakażenia kiłowego i powstanie owrzodzenia pierwotnego. Wpływ urazu na powyższe schorzenia należy jednak brać z pewnem zastrzeżeniem, gdyż, naprzykład, keratitis zawsze rozpoczyna się wśród uczucia obcego ciała w oku, co skłania niejednokrotnie chorych do zmyślania fałszywych wywiadów.

Duży wpływ ma uraz w przebiegu kiły wrodzonej. Znane są przypadki pourazowych zmian kiłowych na głowie w następstwie skaleczenia, na podudziach, samoistnych złamań i niegojenia się złamań u osobników z kiłą wrodzoną. Są to przypadki, w których dopiero w następstwie urazu wykrywa się obecność kiły wrodzonej. Zapalenia rogówek, o których wyżej była mowa, występują również najczęściej w przypadkach kiły wrodzonej.

W końcu pewien wpływ na przebieg kiły może wywrzeć drobny uraz, napozór nieszkodliwy, lecz stale w ten sam sposób powtarzany. Najczęściej występują wtedy w miejscach drażnionych w związku z zawodem chorych — wykwity, będące na pograniczu okresu II i III. Znane są także przypadki kiły, przebiegającej pod postacią łuszczycy na dłoniach u szewców, mechaników i t. d.

Autor spostrzegał przypadek kiły źle leczonej u stolarza, który — ilekroć powracał do pracy — wykazywał w miejscach, narażonych na drobne urazy, obecność zmian kiłowych.

Wpływ urazu na zmiany nerwowe w przebiegu kiły. (L'Influence du Traumatisme sur les localisations nerveuses de la syphilis). R. B e r n a r d.

Bruxelles. Méd. Nr. 44, 1933.

W następstwie urazu stosu pacierzowego o ile uszkodzone zostają tylne sznury rdzenia pojawić się może zespół objawów, naśladujących wiąd rdzenia (pseudo-tabes). Ten sam uraz może być momentem wydobywającym na jaw objawy rzeczywistego wiądu rdzenia u osobnika kiłowego, lub, co częściej się zdarza, dyskretne objawy wiądu po urazie wyraźnie nasilają się. Cechami odróżniającemi pseudo-tabes od rzeczywistego wiądu są: bardziej gwałtowny początek, rozwój schorzenia nieregularny, brak objawów ze strony źrenic i nie tak usystematyzowane postępowanie schorzenia jak we wiądzie kiłowym. Dotychczas nie jest znanym przypadek, w którymby po urazie i z przyczyny urazu wystąpił obraz wiądu rdzenia. Wyżej opisaną agrawację wiądu rdzenia może wywołać uraz, działający również na obwodowy system nerwowy. Szczególnie często dyskretne objawy wiądu wikłają się skutkiem zadanego urazu zmianami troficznemi (artropatje, złamanie).

Co się tyczy paraliżu post., to uraz bez udziału kiły nigdy nie wywołuje zespołu, naśladującego to schorzenie. Natomiast, według niektórych autorów, gwałtowny uraz czaszki może wywołać paraliż post., może także nasilić dyskretne dotychczas objawy paraliżu a nawet być powodem do powstania wczesnych ogólnych porażeń. Aby jednak móc z całą pewnością obwiniać uraz o wywołanie u kiłowego tego zespołu — muszą istnieć następujące warunki: 1) osobnik kiłowy przed urazem nie wykazuje żadnych zaburzeń mentalnych; 2) uraz musi być dosyć silny aby wywołał gwałtowny wstrząs mózgu; 3) pierwsze objawy paraliżu nie mogą pojawić się ani za wcześnie ani zapóźno po urazie; 4) od chwili urazu do chwili pojawienia się pierwszych objawów paraliżu — łączność i zależność musi być zaznaczona dolegliwościami, tyczącemi się ogólnego samopoczucia ustroju osobnika i zaburzeniami natury ogólnej.

Wszystko co powiedziano powyżej dotyczy kiły, nabytej przed urazem.

Co się tyczy związku pomiędzy urazem a kiłą nabytą po urazie — zaledwie kilka przypadków, opisanych w literaturze, nie może stanowić podstaw do wyciągania jakichkolwiek wniosków na ten temat.

Oprócz wyżej omówionych dwuch najczęściej spotykanych schorzeń kiłowych układu nerwowego — mogą u kiłowego po urazie wystąpić i inne rzadko spotykane, jak meningomyelitis syphsilitica, hemiparesis, atrophia nervi optici i t. d.

Przypadki jednak opisane w literaturze jako zależne od urazu — są bardzo nieliczne.

Zmiany w jamie ustnej w czasie leczenia kiły. Zapobieganie. Leczenie. (Les accidents buccaux des traitements de la syphilis. Leur prophylaxie. — Leur traitement). F r i s o n.

Bruxelles — Méd. Nr. 44, 1933.

Zmiany jakie występują na dziąsłach i śluzówkach jamy ustnej w czasie leczenia rtęcią i bismutem, są zmianami zapalnemi, wywołanemi spiryllami i pospolitemi bakterjami ropnemi. Rozwojowi tych zmian zakaźnych sprzyja drażniący wpływ ciężkiego metalu, który osadza się w powierzchownych warstwach śluzówek i toksyczne działanie ogólne przy pewnem nasyceniu organizmu danym metalem.

Pierwszym objawem, niejako zwiastunem możliwości pojawienia się zmian zapalnych, jest szary rąbek na dziąsłach w otoczeniu zębów. Objaw ten występuje zarówno przy stosowaniu rtęci jak i bismutu. Dalej — występuje rozpulchnienie i zaczerwienie dziąseł, drobne nadżerki na dziąsłach i śluzówkach, w końcu głębsze owrzodzenia obficie ropiejące. W przypadkach stosowania rtęci zmiany zapalne bywają gwałtowniejsze, ropienie obfite, cuchnące, obfity ślinotok.

Leczenie bismutem jest mniej szkodliwe dla jamy ustnej; szary obrąbek utrzymuje się niekiedy bardzo długo i pomimo dalszego stosowania bismutu inne objawy nie występują, zawiesiny bismutu są dla jamy ustnej mniej drażniące niż preparaty rozpuszczalne. Przy wyraźnie zaznaczanych zmianach zapalnych brak jest tego cuchnienia i ślinotoku, które spotykamy przy stosowaniu rtęci.

Stomatitis arsenicalis jest prawie zawsze jednym z objawów silnego zatrucia ogólnego. Obrzęk dziąseł, nadżerki i owrzodzenia występują równorzędnie z zaburzeniami w przewodzie trawiennym, z podniesieniem ciepłoty, z ogólnym zapaleniem skóry, tworząc razem typowy obraz zatrucia arsenobenzolem.

Zapobieganie jest ważniejsze od leczenia, które daje wyniki bardzo powolne. Zapobieganie polega na doprowadzeniu do stanu należytego uzębienia przed rozpoczęciem kuracji specyficznej, zwłaszcza na usuwaniu resztek korzeni, na skrupulatnem oglądaniu jamy ustnej w czasie leczenia, na codziennem kilkakrotnem płukaniu jamy ustnej zwłaszcza po jedzeniu i czyszczeniu uzębienia. Do płukania ust używa się najczęściej 1% chlorku potasu lub wody utlenionej.

Leczenie już rozwiniętych zmian zapalnych w jamie ustnej polega: na płukaniu rostworami odkażającymi, jak formol, thymol, kalium hypermanganicum, na przyżeganiu owrzodzeń 5% acidum lacticum lub 2% roztworem błękitu metylowego lub roztworem 1 : 20 kwasu chromowego; w końcu — na zwilżaniu rostworem wodnym lub glicerynowym novarsenobenzolu 1 : 10. Szary obrąbek, który niejednokrotnie jest ob-

jawem bardzo niepożądanym gdyż zdradza tajemnicę chorego, można usuwać przez ostrożne dotykanie pałeczką zwilżoną kwasem trójchloroctowym. W przypadkach ciężkich koniecznem jest oczywiście zaprzestanie leczenia, a niejednokrotnie lekarz nie może się obejść bez środków uspakajających bóle.

Co się tyczy zmian zapalnych w przebiegu leczenia arsenobenzolem, to zwykle środki stosowane z powodu ogólnego zatrucia (dożylne zastrzyki trypaflawiny lub „septicêmine" - Lantol) wywierają także swój zbawienny wpływ na zmiany w jamie ustnej.

Wyprysk a alergja. (Eczema et allergie). A. Sézary.

Presse Médic. Nr. 91—33.

Autor zastanawia się nad istotą wyprysku. Czy wypryskiem jest każde schorzenie pęcherzykowe zależnie od spongiozy naskórka? *(Darier)*. Czy określenie to należy zachować dla toksydermji? *(Jadasohn)*. Czy są to zapalne sprawy, toczące się w skórze i w naskórku, o przyczynie nieznanej? *(Sabouraud)*.

Jeszcze w roku 1900 uważano wyprysk za schorzenie mikrobowe. Już w 1930 roku większość autorów nazwała je schorzeniem alergicznem. Co się tyczy alergji, to z pośród 10-ciu różnych pojęć *(Tzanck-Oumańsky)* autor wybiera to, które zawiera w sobie pojęcie nadczułościnietolerancji.

Istotą wyprysku są zmiany histologiczne naskórka. Nacieczenie warstwy Malpighi'ego powoduje tworzenie się drobnych pęcherzyków. Te zmiany histologiczne spotyka się także w grzybicach skóry, epidermophyt. inguinalis. czyli w schorzeniach, które ani morfologicznie, ani rozwojowo, ani umiejscowieniem nie przypominają wyprysków; nie są więc one cechą dostatecznie określającą wypryski. Drugą cechę stanowi zjawisko biologiczne jakim jest alergja czyli zdolność reagowania chorobowego na czynnik, który dla normalnych ludzi nie jest szkodliwy. Alergja wyprysku objawia się także sposobem rozzwoju schorzenia: początkowo tarczka rozszerzająca się na obwodzie, następnie rozsiane uogólnione wykwity, oddalone od ogniska pierwotnego.

Trzecim punktem, którym objawia się alergja są zmiany czynnościowe skóry, które możemy stwierdzić przy pomocy odczynów naskórnych, śródskórnych, naskórkowych i odczynów Prausnitz-Kustnera. Jeżeli jeden z tych odczynów jest dodatni — mówimy, że osobnik na dany czynnik jest uczulonym. To zjawisko wymaga w znacznej mierze rewizji. Czy nie jest rzeczą znaną, że nawet w sztucznie wywołanych wypryskach czynnik szkodliwy nie daje niekiedy dodatnich odczynów?

Czy często u osesków z wypryskiem nie znajdujemy dodatnich odczynów po kurzem białku, z którym organizm jeszcze się nie zetknął, a przeciwnie mleko i mikroby nie wywołują dodatnich odczynów; z drugiej strony bardzo ważny jest sposób wykonywania odczynów. Rodzaj odczynu ma różną czułość — zależnie od schorzenia jakie toczy się w skórze. I tak: śródskórne dają lepsze wyniki jak naskórne ze względu na silniejszy kontakt ze skórą; ponadto istnieje pewna wybiórczość, jak to stwierdził *Jadassohn* i *Bruno Bloch*. Śródnaskórkowe odczyny nadają się najlepiej w przypadku wyprysków a prawie zawsze są ujemne w prurigo i urticaria, gdzie silniejsze wyniki otrzymuje się odczynami śródskórnemi. Odczyn Praussnitz-Küstnera naogół zwykle ujemny w innych dermatozach — może być dodatni w pokrzywkach, jako odczyn wykazujący uczulenie humoralne. Ponadto różne sposoby wywołują różne odczyny — jużto grudki zapalne jak prurigo (uczulona skóra), jużto w przypadku uczulenia naskórka — spongiozę, jużto bąbel — w uczuleniu systemu naczyniowego.

Należy podnieść, że możemy mieć do czynienia z uczuleniem wielorakiem np. skóry i naskórka.

Te zjawiska uczulenia w niczem nie przypominają anafilaksji, która jest odczynem ogólnym, prawdopodobnie humoralnym.

Ta alergja wyprysku jest procesem czysto naskórkowym, w którym antygenu nie jesteśmy w stanie wykazać, nie stojącym w związku z żadnem innem uczuleniem ani nawet z uczuleniem tkanki nerkowej, jak to starał się wykazać *Dujardin*. Każdy organ — co więcej — każda tkanka w organie posiada swoją odrębną alergję.

Udział systemu sympatycznego w wyprysku jest prawie żaden, bo gdyby tak nie było, to czyż nie neurologowie i endokrynologowie spotykaliby się najczęściej z wypryskiem?

Układ sympatyczny może mieć jedynie wpływ na rozmieszczenie barwika w skórze lecz nie na jego powstawanie.

Tak więc trzema warunkami koniecznemi dla wyprysku jest: jego charakter alergiczny, umiejscowienie w naskórku i typ zmian histologicznych (spongioza); spongioza o ile jest w b. małym stopniu — otrzymujemy obraz ekzematydów, o ile w znacznym — erythrodermia vesiculo-oedematosa.

A więc wyprysk rzeczywisty jest niejako średnim stopniem nasilenia procesu.

Tutaj trudno nie wspomnieć, że bliskim wyprysku jest łupież różowy *Gibert'a*, który przecież niektórzy zaliczają do ekzematydów. Ponadto pruritus sine materia może być często również objawem szczególnej alergji naskórka lub skóry bez wyraźnych zmian histologicznych; wobec powyższego dzisiaj jeszcze trudno obejść się bez słowa eczema.

Co się tyczy istoty alergji wyprysku, to trudno powiedzieć dzisiaj na czem ona polega. Badania, usiłujące wykazać obecność konfliktu antygenu z antyciałem nie wytrzymują krytyki.

Większe zaufanie wzbudza teorja bliżej nie dających się określić zmian fizycznych plazmy. Uczulona część naskórka jest siedzibą tych zmian fizycznych i stan ten stopniowo szerzy się na sąsiednie komórki, w końcu na całą skórę. Możnaby przypuścić jakieś zjawisko molekularne.

Wrzodziejący ziarniniak narządów rodnych. (Granulome ulcéreux des organes génitaux). P. Vigne, L. Boyer.

Annales de Derm. et de Syph. 1933, Nr. 5.

Schorzenie częste w Ameryce zwłaszcza Południowej w Europie zdarza się bardzo rzadko i u osób, które nie przybywały w krajach nawiedzanych przez to schorzenie — należy do wyjątków. Takim wyjątkiem jest przypadek opisany przez autora. 44-letnia kobieta cierpiała od szeregu miesięcy na owrzodzenie typu zgorzelinowego w okolicy górnego spojenia warg sromowych większych i na sąsiadujących częściach tych warg. Schorzenie w ciągu kilkunastu miesięcy stopniowo nasilało się. W fałdach pomiędzy udami i wargami sromowemi powstały po pewnym czasie podobne owrzodzenia. Obraz kliniczny i histologiczny był typowy dla tego schorzenia, które zaczyna się zawsze na skórze, nigdy na śluzówkach, najczęściej w fałdach pachwinowych. Schorzenie to uważane było doniedawna za weneryczne, ostatnio *Darier* i *Gougerot* zachwiali to przekonanie. Badanie bakterjologiczne wykazuje obecność ziarenkowców, jeżeli nie identycznych to bardzo zbliżonych do pneumobacillus Friedländeri a nazwanych calymmatobacterium granulomatis. Ziarenkowce te stwierdzono w skrawkach i wydzielinie. W przypadku opisanym ziarenkowce udało się wyhodować z wydzieliny i potwierdzić ich patogenetyczne własności przez doświadczenie na świnkach, u których szczepiąc ten rodzaj bakterji — udało się odtworzyć obraz kliniczny i histologiczny.

Zakażenie u ludzi odbywa się przez drobne uszkodzenia skóry a także jako wtórne zakażenia innych owrzodzeń na częściach rodnych.

Leczenie pochodnymi amonu (neostibosane) w postaci wstrzykiwań dożylnych w ilości około 20-stu z równoczesnem naświetlaniem promieniami X (6 H 20/10 mm. alumin.) — sprowadziło bardzo szybko poprawę.

Dr. *Zofja Jastrzębska.*

KRONIKA.

Organizowana przez pismo lekarskie „Bruxelles-Medical" XIX wycieczka lekarska francusko-belgijska odbędzie się w okresie wielkanocnym na pokładzie 15000 tonnowego luksusowego parostatku „Leopoldville". Odjazd z Marsylji nastąpi 24.III, poczem uczestnicy zwiedzą Maltę, Ateny. Stambuł, Constanzę, Odessę. Powrót 10.IV. do Marsylji. Cena dla lekarzy i ich rodzin od 3900 fr. belgijskich. Zgłoszenia przyjmuje Bruxelles-Medical, 29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelles.

* * *

W kwietniu 1934 roku ukaże się Doc. A. Wojciechowskiego *„Zarys leczenia złamań i zwichnięć"*, dla studentów i lekarzy praktyków, obejmujący przeszło 22 arkuszy druku dużego formatu i zawierający przeszło 200 rysunków.

Cena w przedpłacie zł. 10 za egzemplarz na papierze zwykłym i zł. 14 na papierze kredowym bez przesyłki. Koszta przesyłki poleconej wynoszą 1 zł. 50 gr.

Książkę zamawiać można po cenie subskrypcyjnej tylko do dnia 15 marca, uskuteczniając wpłatę blankietem nadawczym P. K. O. na konto czekowe Nr. 19480.

Po zamknięciu subskrypcji cena będzie znacznie podwyższona.

III KURS ODMY LECZNICZEJ.

Polski Związek Przeciwgruźliczy organizuje z poparciem Departamentu Służby Zdrowia (Min. Opieki Społecznej) i Wydziału Lekarskiego U. W. miesięczny kurs Odmy leczniczej dla lekarzy.

Obecny kurs trwać będzie od dnia 26 lutego do 24 marca r. b. i uwzględni przedewszystkiem studja praktyczne w szpitalu i sanatorjum oraz w poradniach przeciwgruźliczych, gdzie każdy ze słuchaczów będzie miał możność dokładnego zaznajomienia się z techniką zakładania odmy. — Nadto kurs obejmie 18 godz. wykładów teoretycznych o odmie sztucznej i jej powikłaniach oraz o walce społecznej z gruźlicą.

Podania o przyjęcie na kurs należy nadsyłać najpóźniej do dnia 15 lutego r. b. do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie ul. Chocimska 24 (gmach Państwowej Szkoły Higjeny).

Do podania należy dołączyć: 1) curriculum vitae oraz 2) ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs.

Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać się o przyznanie stypendjum w wysokości 200 zł.

Z ukończenia kursu wydane będzie każdemu ze słuchaczów odpowiednie zaświadczenie.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.